# REPERTOAR DE SIMPTOME

Keith Hopcroft și Vincent Forte

ALL

# REPERTOAR DE SIMPTOME

Scanned with OKEN Scanner

SYMPTOM SORTER
Kieth Hopcroft, Vincent Forte
© 2010 Keith Hopcroft and Vincent Forte
All rights reserved.

REPERTOAR DE SIMPTOME
Kieth Hopcroft, Vincent Forte
Copyright © 2015 Editura ALL

---

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
HOPCROFT, KIETH
Repertoar de simptome / Kieth Hopcroft, Vincent Forte;
trad.: Marina Popescu. – București: Editura ALL, 2015
Index
ISBN 978-973-571-899-2

I. Forte, Vincent
II. Popescu, Marina (trad.)

616-07

---

Toate drepturile rezervate Editurii ALL.
Nicio parte din acest volum nu poate fi copiată
fără permisiunea scrisă a Editurii ALL.
Drepturile de distribuție în străinătate aparțin în exclusivitate editurii.

All rights reserved. The distribution of this book outside Romania, without the written permission of ALL, is strictly prohibited.
Copyright © 2015 by ALL.

Editura ALL:
Bd. Constructorilor nr. 20A, et. 3,
sector 6, cod 060512 – București
Tel.: 021 402 26 00
Fax: 021 402 26 10
Distribuție: 021 402 26 30;
021 402 26 33
Comenzi: comenzi@all.ro
www.all.ro

Redactare: Bianca Vasilescu
Tehnoredactare: Liviu Stoica
Design copertă: Alexandru Novac

Scanned with OKEN Scanner

# CUPRINS


Cuvânt-înainte . . . . . 7

Abrevieri . . . . . 9

Introducere . . . . . 11

Abdomen . . . . . 15

Ano-rectal . . . . . 47

Cavitate bucală . . . . . 63

Cerebral . . . . . 79

Față . . . . . 105

Gât . . . . . 119

Genital . . . . . 139

Membre . . . . . 173

Menstruație . . . . . 209

Nas . . . . . 223

Ochi . . . . . 233

Păr și unghii . . . . . 251

Pelvis . . . . . 265

Probleme fizice generale . . . . . 277

Sâni . . . . . 347

Tegumente . . . . . 361

Torace . . . . . 385

Ureche . . . . . 405

Urinar . . . . . 419

Index . . . . . 439


Scanned with OKEN Scanner

# CUVÂNT-ÎNAINTE

Cartea pe care o deschideți astăzi este – din punctul meu de vedere – foarte interesantă. Ea este născută strict din experiența unor medici de familie adevărați, care își iubesc pacienții și meseria.

Medicul de familie trebuie să aibă niște atuuri pe care nu le învață din cărțile clasice de medicină: abilități speciale de comunicare, un anume tip de empatie, o capacitate de sinteză. E un motor de căutare performant, care decide rapid pentru pacientul din fața sa, dar în același timp e înțelept să-i construiască o strategie pe termen lung. La baza tuturor căutărilor, frământărilor, deciziilor trebuie să stea bagajul cu care pacientul vine și se așază în fața doctorului, cu durerile, gândurile, temerile sale, cu frica și speranța, cu întrebările care stau să plece de pe buzele lui și așteptările cu care va pleca din cabinet. Se repetă uneori obsedant, ca într-o adevărată lege a seriilor, dar doctorul trebuie să fie mereu adaptat pentru o reacție unică, să cântărească bine, să interpreteze fiecare gest, să exploreze printre cuvinte tot ce nu află direct și să citească în ochi informațiile ascunse pentru a găsi o soluție, cel mai adesea imediată, întotdeauna personalizată, uneori fără instrumente, fără explorări suplimentare, doar cu un raționament bine condus! Astfel se stabilește o relație specială între medicul de familie și pacientul său, relație care se construiește în ani și durează uneori o viață. De aceea, printre numeroasele instrumente din trusa profesionistului, poate cele mai importante sunt *cuvintele*.

Găsirea acestei cărți pe raftul unui stand la o Conferință de medicina familiei a fost pentru mine o revelație. Am fost impresionată de acuratețea cu care acești autori, amândoi medici de familie, au reușit să pună împreună judecăți de valoare și algoritmi de căutare pornind de la simptomele cu care vin în bagaj pacienții lor la cabinet. Pentru mine, această carte a fost dragoste la prima vedere și am „exploatat-o" cât de mult am putut, traducând fragmente și folosindu-le în lucrările pe care le-am prezentat la simpozioane și conferințe. Mi s-a părut grozav felul în care pornind de la simptome, diagnosticul se ivește după excursii logice printre instrumentele la îndemâna oricărui medic de familie: o anamneză minuțioasă, un examen clinic bine țintit, o judecată limpede, o trimitere la principalele diagnostice diferențiale, unele explorări.

În România, practicarea medicinei în general și a celei de familie în special ar trebui să se întâmple pe baza dovezilor științifice, a ghidurilor de practică, a protocoalelor publicate periodic, altfel spus pe baza unor reguli clare, profesionale, aduse la zi permanent. Lucrul acesta nu se întâmplă, nu folosim ghiduri deși avem, nu respectăm decât regulile impuse financiar (vezi protocoalele de prescriere, normele legale) și nu există circuite clare ale pacientului prin sistem, ne lovim de atât de multe bariere, majoritatea birocratice, încât am ajuns să stăm departe de adevăratul act medical pe care ar trebui să îl practicăm. Înlănțuiți de reguli stupide, copleșiți de legi interpretabile și deseori neconcordante, prizonieri ai unui sistem suprareglementat, astăzi nici nu mai știm ce înseamnă o profesie liberală cu adevărat...

Nici cu procesul educațional nu stăm prea bine. Medicina se „fură" de la maeștri, ca o delicatesă pe care o înveți în ani de la un dascăl priceput, dar deseori maeștrii nu se devoalează, fie pentru că nu vor, fie pentru că nu știu s-o facă. Nimic nu mai e ce-a fost, nici școala, nici facultatea, nici metodele de predare și nici acuratețea actului educațional. Descrierea specialității noastre nu mai este demult actualizată, dascălii de azi ai rezidenților adesea nici nu sunt medici



Scanned with OKEN Scanner

de familie, cazurile clinice se văd în spitale, deși medicul de familie nu ajunge acolo, iar examenele sunt la fel de departe de ceea ce ar trebui pentru o specialitate atât de deosebită de celelalte. La final ești aruncat într-un sistem unde nu ai loc și pentru care nu ești deloc pregătit, la o vârstă când visele numai au aceleași aripi și nimic nu pare să ți se ofere.

Autorii cărții însă sunt deosebit de darnici, oferind ca niște părinți responsabili, o mulțime de trucuri care să ajute medicii care citesc să decidă mai bine, mai repede și corect – o minunată carte de învățătură pentru noi toți!

În România cabinetelor de medicina familiei decizia e cel mai adesea rapidă. Depinde de buna alcătuire a medicului, de iubirea lui pentru meseria aleasă, de buna judecată clinică, de talentul său de lider (manager să zicem, al propriei afaceri, dar și de lider al comunității din care face parte), de experiența pe care a acumulat-o, dar și de instrumentele din jurul său, care să îl ajute să decidă pe loc: aparatură diagnostică, instrumentar de lucru, acces la informație, o bună echipă din care face parte și multe altele. Unul din instrumentele care îl ajută să decidă pe loc poate fi această carte pe care o deschideți astăzi.

Cartea aceasta ajunge la voi pentru că o conjunctură favorabilă a adus niște oameni împreună. O bună prietenă - extrem de riguroasă și neclintită când vine vorba de calitate - căreia i-am arătat cartea, mi-a spus „E grozavă, ia-o!". Vorbind apoi aproape cu exaltare despre această carte prietenilor noștri de la Editura ALL, cu care Societatea Națională de Medicina Familiei are o bună, îndelungată și activă colaborare, i-am văzut interesați de impactul cărții. Ei au avut curajul de a prelua licența și drepturile de publicare în România. Pe urmă au urmat traducerea, găsirea unui titlu potrivit – și aici mi-am amintit de caietele pe care în copilăria mea, când mama își păstra colecția de discuri de vinil, pe litere, sau rețetele de prăjituri, caiete pe care eu le cumpăram de la librărie, testându-mi dicția copilărească: REPERTOAR –, iar în cele din urmă scrierea unui cuvânt-înainte și alcătuirea acestui volum dăruit vouă.

În această carte, medicina de familie se face așa cum trebuie, pornind de la simptomele cu care pacientul vine la medic, parcurgând examenul clinic, stabilind un diagnostic prezumptiv, trecând treptat prin logica unui diagnostic diferențial curat și documentat, sprijinit de cele mai frecvente explorări aflate la îndemâna medicului și a pacientului său. În plus – numeroase mesaje cheie, mici picanterii izvorâte din experiență, trimiteri țintite plus mici „dojeni" de dascăli care pricep totul despre învățăceii lor, un index clar și o înșiruire corectă, cinstită a principalelor motive pentru care pacientul vine în cabinet, fără pretenția de a fi acoperit tot bagajul său de care vorbeam la început.

Din fericire, acum avem ediția noastră în limba română, de ținut neapărat pe birou, la îndemână.

Dr. Sandra Adalgiza Alexiu
medic primar MF, instructor formator

Scanned with OKEN Scanner

# ABREVIERI

| | |
|---|---|
| 5HIAA | acid 5-hidroxi-indol-acetic |
| ABPI | indice de presiune gleznă/braț |
| ACTH | hormonul adrenocorticotrop |
| ADH | hormon antidiuretic |
| AFP | alfafetoproteină |
| AINS | antiinflamatorii nesteroidiene |
| AIT | accident ischemic tranzitor |
| AJC | artrită juvenilă cronică |
| ALT | alanin aminotransferază |
| AR | artrită reumatoidă |
| ARC | complex legat de SIDA |
| AS | artrită septică |
| ASLO | antistreptolizină-O |
| AST | aspartat aminotransferază |
| ATC | antidepresive triciclice |
| AVC | accident vascular cerebral |
| BCI | boală cardiacă ischemică |
| BII | boală inflamatorie intestinală |
| BNP | peptid natriuretic tip B |
| BPI | boală inflamatorie pelviană |
| BPOC | boală pulmonară obstructivă cronică |
| BRGE | boală de reflux gastroesofagian |
| BTS | boală cu transmitere sexuală |
| BVP | boală vasculară periferică |
| BXO | balanita xerotică obliterantă |
| CAE | conduct auditiv extern |
| CCB | carcinom cu celule bazale |
| CCS | carcinom cu celule scuamoase |
| CI | claudicație intermitentă |
| CID | coagulare intravasculară diseminată |
| CPK | creatinfosfokinază |
| CPRE | colangiopancreatografie retrogradă endoscopică |
| CREST | calcinoză/fenomen Raynaud/dismotilitate esofagiană/telangiectazie |
| CT | tomografie computerizată |
| D & C | dilatație și chiuretaj |
| DCIU | dispozitiv contraceptiv intrauterin |
| DEXA | osteodensitometrie |
| DZ | diabet zaharat |
| EBV | virus Epstein-Barr |
| ECA | enzima de conversie a angiotensinei |
| ECG | electrocardiogramă |
| EEG | electroencefalogramă |
| EGD | esofago-gastro-duodenoscopie |
| ELISA | *enzyme-linked immunosorbent assay* |
| EMG | electromiografie |
| EO | epididimo-orhită |
| EP | embolie pulmonară |
| FA | fibrilație atrială |
| FCV | frotiu cervico-vaginal |
| FON | febră de origine necunoscută |
| FSH | hormon de stimulare foliculară |
| γGT | gama-glutamiltransferază |
| GI | gastrointestinal |
| GnRH | hormon de eliberare a gonadotropinei |
| GUN | gingivită ulcero-necrotică |
| HAT | histerectomie abdominală totală |
| Hb | hemoglobină |
| HBP | hipertrofia benignă de prostată |
| HCG | gonadotropină corionică umană |
| HLA | antigen leucocitar uman |
| HLG | hemoleucogramă |
| HSV | virus Herpes simplex |
| Ht | hematocrit |
| HUD | hemoragie uterină disfuncțională |



Scanned with OKEN Scanner

| | |
|---|---|
| IACRI | infecție acută de căi respiratorii inferioare |
| IACRS | infecție acută de căi respiratorii superioare |
| ICC | insuficiență cardiacă congestivă |
| IM | infarct miocardic |
| IMAO | inhibitor de monoamin oxidază |
| INR | raport internațional normalizat |
| IRC | insuficiență renală cronică |
| ITU | infecție de tract urinar |
| IVS | insuficiență ventriculară stângă |
| LCR | lichid cefalo-rahidian |
| LES | lupus eritematos sistemic |
| LGV | limfogranulomatoză venerianã |
| LH | hormon luteinizant |
| LSD | dietilamida acidului lisergic |
| MCV | volum eritrocitar mediu |
| MMR | vaccin anti-rujeolă-parotidită epidemică-rubeolă |
| NT | nevralgie de trigemen |
| OE | otită externă |
| OG | onicogrifoză |
| OM | otită medie |
| ORL | oto-rino-laringologie |
| PAN | poliarterită nodoasă |
| PEFR | peakflowmetrie |
| PF | proctalgia fugace |
| PIV | pielogramă intravenoasă |
| PMR | polimialgia reumatică |
| PR | per rectum |
| PrCR | proteină C reactivă |
| PRIST | *paper radioimmunosorbent disc test* |
| PSA | antigen prostatic specific |
| PTH | hormon paratiroidian |
| PTI | purpură trombocitopenică idiopatică |
| PV | per vaginum |
| PVE | examinare vaginală |
| RAST | *radioallergosorbent test* |
| RMN | rezonanță magnetică nucleară |
| RTUP | rezecție transuretrală de prostată |
| SCI | sindromul colonului iritabil |
| SM | scleroză multiplă |
| SNC | sistem nervos central |
| SOPC | sindromul ovarelor polichistice |
| TA | tensiune arterială |
| TBC | tuberculoză |
| TC | tunel carpian |
| TE | trompa lui Eustachio |
| TFH | teste funcționale hepatice |
| TFT | teste funcționale tiroidiene |
| TPM | tensiune premenstruală |
| TR | tușeu rectal |
| TSH | hormon de stimulare tiroidiană |
| TSV | tahicardie supraventriculară |
| TV | tahicardie ventriculară |
| TVP | tromboză venoasă profundă |
| UAR | ulcerație aftoasă recurentă |
| UD | ulcer duodenal |
| UIV | urografie intravenoasă |
| UP | ulcer peptic |
| V/Q | ventilație/perfuzie |
| VB | vaginoză bacteriană |
| VMA | acid vanilmandelic |
| VSH | viteza de sedimentare a eritrocitelor |
| VT | vaginoză trichomoniazică |

Scanned with OKEN Scanner

# INTRODUCERE

Viața ar fi cu mult mai ușoară pentru medicul de familie dacă pacienții s-ar prezenta cu diagnosticul deja stabilit. Din nefericire, acest lucru nu se întâmplă: ei se prezintă cu simptome, care sunt în mod frecvent vagi, câteodată multiple și ocazional obscure. De medic depinde să creeze o ordine din acest haos. Cu toate acestea, majoritatea textelor medicale adoptă o abordare pe diagnostic și nu una axată pe simptome, iar puținele care reflectă realitatea prezentării pacientului sunt orientate în mod inevitabil către medicina de spital și nu sunt de folos medicului de familie.

Această carte, inițial realizată sub formă de articole în serie în revista *Doctor*, își propune să redreseze echilibrul. Ea analizează aproximativ 100 de simptome care pot fi întâlnite în cabinetul medicului de familie și, pentru fiecare, prezintă diagnosticele diferențiale, caracteristicile care le separă, posibile teste care pot fi efectuate și alte puncte cheie. Singurele omise sunt simptomele pentru care există foarte puține cauze și ale căror diagnostice sutn evidente (de exemplu, „tumefacția cotului"), acelea care rar se prezintă izolate (de exemplu, greață, anorexie) și acelea care sunt atât de rare încât cititorul va avea nevoie cu siguranță de părerea unui specialist.

Scrisă de către doi medici de familie, perspectiva lucrării de față este cea a unor profesioniști care au trecut prin toate situațiile și, din acest motiv, farmecul pe care îl are este vast. Medicii de familie tineri, cu mai puțină experiență, relativ nefamiliarizați cu posibilitățile variabile de prezentări întâlnite în acest mediu, vor putea să își verifice ipotezele de diagnostic folosind informațiile din această carte; cei mai experimentați s-ar putea să o folosească pentru a-și împrospăta informațiile sau pentru diagnostice mai exotice într-un caz mai neobișnuit, iar asistenta medicală, cu responsabilități din ce în ce mai vaste ca prima interacțiune cu pacientul va regăsi un conținut unic și esențial.

Popularitatea primei ediții și nevoia de apariție a unei a doua, a treia și a patra ediții pun accent pe faptul că deși medicina de familie poate suferi multiple reorganizări și restructurări, ceea ce rămâne este nevoia de bază de a înțelege și a trata simptomele. Această nouă ediție le consolidează pe primele două cu câteva capitole în plus și aduce îmbunătățiri unora deja existente

Fiecare simptom este analizat într-un mod uniform, accesibil, după cum urmează.

## Privire de ansamblu

Această secțiune prezintă definiția simptomului și a caracteristicelor sale cheie, și oferă o idee despre frecvența cu care poate fi întâlnit.

## Diagnostic diferențial

Sunt prezentate diagnosticele posibile, împărțite în „Comune", „Ocazionale", „Rare". (Trebuie menționat că aceste titluri sunt relative pentru simptomele despre care se discută. De exemplu, unele cauze „comune" ale pubertății întârziate vor fi mai rare decât unele cauze



Scanned with OKEN Scanner

„ocazionale" ale durerii abdominale acute – din simplul motiv că durerea abdominală este mult mai des întâlnită decât pubertate întârziată). Restricțiile de spațiu și imaginație înseamnă că un astfel de diagnostic diferențial nu poate niciodată să pretindă să fie complet, iar lipsa unor date precise face distribuirea diagnosticelor în aceste subdiviziuni într-o anumită măsură subiectivă, bazată pe propria noastră experiență și nu pe niște date precise. Acestea sunt însă niște limitări minore; această secțiune va oferi în mod inevitabil o imagine clară despre cât de probabile sunt oricare dintre aceste simptoame.

## Barem

Aici se oferă un ghid rapid despre caracteristicile cheie a cinci diagnostice probabile prezentate în secțiunea anterioară.

## Investigații de laborator

Această secțiune prezintă acele teste probabile să ajute cititorul să stabilească un diagnostic. Accentul este pus pe testele realizate în îngrijirea primară și care pot fi cerute de obicei de către medicul de familie. Unde este nevoie, se prezintă teste mai complexe, cerute în spital – parțial pentru că medicul de familie s-ar putea să dorească să informeze pacientul despre tipurile de teste la care să se aștepte după recomandări și, de asemenea, pentru că accesul lui la tipurile tradiționale de teste realizate în spital începe să crească. Toate testele discutate sunt clasificate corespunzător cu probabilitatea cu care vor fi realizate, cele trei categorii fiind „necesare", „posibile", „rareori".

### SUGESTII

Această secțiune oferă un amalgam de sfaturi de management potrivite pentru fiecare simptom, pe care autorii le-au acumulat de-a lungul experienței. Astfel de sfaturi sunt dificil de analizat sau cuantificat și în mare parte „anecdotice" – însă, acest lucru nu ar trebui să scadă din valoarea lor. Unele s-ar putea să depășească scopul cărții în sensul că se îndepărtează de la evaluarea simptomelor și managementul acestora – dar cititorul ar trebui să țină minte că procesul de diagnosticare, în special în cabinetele de medicină de familie, implică testarea ipotezelor, așa că aceste limite sunt, în realitate, un pic vagi.

Majoritatea simptomelor întâlnite în medicina primară sunt benigne, minore și autolimitante. Acest lucru poate ocazional să ofere un fals sentiment de securitate: pentru fiecare prezentare există indicii care ar trebui să declanșeze cele mai puternice alarme. Această secțiune prezintă aspecte ale simptomelor care sugerează o patologie importantă și, astfel, nu ar trebui să fie omisă sau neglijată.



Scanned with OKEN Scanner

# Cum să folosiți această carte

Această carte este concepută ca o lucrare de referință rapidă. A fost scrisă în mod intenționat într-un format cu liste și notițe, astfel încât, spre deosebire de manuale mai voluminoase, este mai ușor și mai rapid de utilizat. Pentru a fi clară, acolo unde a fost posibil, s-au folosit prescurtări comune și ușor de recunoscut. Stilul consecvent în care este scrisă va putea foarte rapid să fie recunoscut și va permite cititorului să știe unde și cum să găsească fără probleme informația de care are nevoie. Pentru a putea face acest lucru, simptomele sunt aranjate în secțiuni, fiecare dintre acestea corespunzând unei secțiuni anatomice. În aceste secțiuni, simptomele sunt aranjate alfabetic și, în mare parte, denumite după limbajul pacienților, și nu al medicilor – excepțiile fiind unde nu există o astfel de terminologie clară. Cu toate acestea, multe dintre simptome având o varietate de descrieri (de exemplu, dificultăți de respirație, dispnee, respirație sacadată, șuierare și așa mai departe), indexul este în mod voit extins și va ghida cu rapiditate cititorul la paginile potrivite.

Clasificarea simptomelor și aranjamentul lor în fiecare secțiune este o sarcină complexă, care poate fi abordată în mai multe feluri – de exemplu, iritațiile pot fi împărție conform distribuției, dimensiunii leziunilor, morfologiei etc. În toate cazurile am ales abordarea care pare a fi cea mai logică pentru noi și care, oriunde este posibil, evită omisiuni sau repetări; din nou, indexul ar trebui să ghideze rapid cititorul în direcția potrivită. Atribuirea de simptome anumitor secțiuni poate câteodată să pară făcută arbitrar, în special când acestea pot avea cauze atât de diferite, dar această abordare oferă cărții o structură clară, ușor de urmărit.

Ca medici de familie, suntem conștienți că pacienții se prezintă cu mai multe simptome o dată. Cartea noastră, împărțită în simptome individuale, poate fi criticată pentru că nu reflectă realitatea. De fapt, astfel de prezentări pot fi în general rafinate la unul sau maxim două simptome predominante; mai multe simptome minore ajută de cele mai multe ori la identificarea diagnosticului, un lucru pe care secțiunea „Barem" o exploatează. La pacienții cu adevărat poli-simptomatici, cartea poate ajuta la definirea unui fir comun între simptome, evidențiind diagnosticul real – de obicei, în astfel de cazuri, anxietate sau depresie.

Cartea ar trebui să fie ținută la îndemână în timpul intervențiilor chirurgicale pentru a confirma probabilitatea unui anumit diagnostic sau a identifica posibilitatea existenței altora. Fiind cuprinzătoare, relevantă și accesibilă, obținerea de informații va fi rapidă și de folos chiar în timpul consultațiilor (s-ar putea să doriți să așteptați totuși până când pacientul este în camera alăturată pentru a se schimba, aveți timp).

Cartea poate fi folosită și în alte moduri. Medicii care susțin cursuri ar putea să folosească analiza anumitor simptome oferite în text ca baza unor instructaje. Într-adevăr, cartea poate face parte din bibliografia unui profesor. Prin „abordarea" a unul sau două simptome în fiecare săptămână și folosirea cărții pe post de ghid, medicul poate în primul său an de practică, să treacă prin majoritatea simptomelor de prezentare întâlnite în îngrijirea primară. De asemenea, și profesorii de facultate vor găsi folositoare informațiile existente în această carte.

Alți medici pot prefera pur si simplu să răsfoiască paginile cărții, reamintindu-și lucruri sau trecând prin secțiunile „Atenție" și „Sugestii".

Feedback-ul primit de către autori indică faptul că primele ediții sunt acum incluse în multe curricule de facultate ca lecturi recomandate, iar cartea se dovedește a fi populară printre asistenții medicali.

Indiferent de modul în care această carte este folosită de către cititor, suntem convinși că se va dovedi o resursa de încredere.



Scanned with OKEN Scanner

A da un sens simptomelor este esența practicii medicale generale și orice instrument proiectat de și pentru medicii de familie care contribuie la această artă este de natură să aducă beneficii atât medicului, cât și pacientului.

Keith Hopcroft
Vincent Forte

Scanned with OKEN Scanner

# ABDOMEN

**Constipația**

**Diareea**

**Durerea abdominală acută în sarcină**

**Durerea abdominală acută la adult**

**Durerea abdominală cronică/recurentă la adult**

**Durerea abdominală recurentă la copil**

**Durerea epigastrică**

**Hematemeza**

**Mărirea de volum a abdomenului**

**Vărsăturile**

Scanned with OKEN Scanner

# CONSTIPAȚIA

## Privire de ansamblu

Constipația este definită ca evacuarea rară sau dificilă a materiilor fecale. Un studiu extins la care au participat persoane sănătoase care lucrau în diverse domenii a demonstrat variații ale frecvenței eliminării materiilor fecale cuprinse între de trei ori pe zi până la de trei ori pe săptămână. Un medic de familie este solicitat în medie anual pentru 18 cazuri de constipație. În majoritatea cazurilor, etiologia este complexă, dar cazurile grave sunt rare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Dietă și stil de viață (aport inadecvat de fibre și ignorarea nevoii de defecație).
- Sedentarismul (în special la vârstnici).
- Sindromul de colon iritabil (SCI).
- Boli perianale dureroase: fisuri, hemoroizi, abcese, veruci floride.
- Medicamente (de exemplu, opiacee, fier, hidroxid de aluminiu).

OCAZIONALE

- Aport redus de lichide.
- Megacolon dobândit (de exemplu, abuz de laxative cronic, afecțiuni neurologice, sclerodermie).
- Diverticuloză (cu sau fără strictură).
- Hipotiroidie.
- Carcinom de colon sau rect.

RARE

- Compresie exercitată de o masă pelviană extracolonică.
- Obstrucție de colon acută (cauze variate).
- Hipercalcemie.
- Boala Crohn cu strictură.
- Sugari și copii: tulburări comportamentale („reținere voluntară a scaunului"), boala Hirschsprung.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Dietă și stil de viață* | *Sedentarism* | *SCI* | *Boli perianale* | *Medicamente* |
|---|---|---|---|---|---|
| Probabilă la vârstnici | Da | Da | Nu | Posibil | Da |
| Diaree „prin preaplin" | Posibil | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Mucus PR | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Anamneză scurtă | Nu | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| TR foarte dureros | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este nevoie de investigații; dacă există suspiciune de patologie colonică subiacentă semnificativă, se efectuează: HLG cu formulă, clismă baritată și sigmoidoscopie/colonoscopie (de obicei, examenul radiologic și endoscopic sunt recomandate de medicul specialist).
**Posibile:** examen de urină, teste funcționale tiroidiene (TFT).
**Rareori:** radiografie abdominală simplă, calciu seric, ecografie, CT, biopsie.

- Examen de urină: densitate urinară crescută în cazul unui aport insuficient de lichide.
- HLG: poate evidenția anemia prin deficit de fier în cazul unui cancer subiacent.
- TFT și calciul seric: arată hipotiroidie și hipocalcemie.
- Radiografia abdominală simplă: poate evidenția megacolon plin cu materii fecale; în poziție verticală și în decubit dorsal poate arăta obstrucția.
- Clisma baritată, sigmoidoscopia, colonoscopia: pot evidenția prezența unui cancer sau a bolii diverticulare.
- Ecografia/CT: sunt utile în cazul prezenței unei mase pelviene.
- Biopsia: pentru leziunile suspecte sau pentru confirmarea bolii Hirschsprung.

### SUGESTII

- Stabiliți ce înseamnă pentru pacient constipația: adeseori, pacienții folosesc termenul inadecvat (de exemplu, referindu-se la un mod de defecație absolut normal sau descriind alte simptome cum ar fi tenesmele).
- Cu cât istoricul este mai lung, cu atât este mai puțin probabil să existe o cauză gravă sau nevindecabilă.
- Verificați medicamentele pe care le-a luat pacientul (inclusiv cele eliberate fără rețetă): aproape toate medicamentele modifică obiceiurile de defecație.
- Priviți pacientul cu atenție: impresia imediată vă poate furniza indicii importante despre afecțiunea subiacentă (de exemplu, hipotiroidie sau scăderea în greutate din cancer).

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul pacienților vârstnici, constipația singură este rareori cauzată de o afecțiune gravă, dar dacă este însoțită de alte simptome semnificative (de exemplu, scădere în greutate, hemoragie rectală sau eliminare de mucus prin rect, sau diaree, cauza cea mai probabilă este cancerul.
- Acordați atenție durerii abdominale atribuite constipației – diagnosticul real ar putea fi obstrucția intestinală. Undele peristaltice vizibile sau borborismul audibil nu sunt niciodată semne ale constipației simple.
- Pacienții cu boală Hirschsprung se pot prezenta tardiv la medic – de aceea, luați în considerare acest diagnostic la un copil cu constipație cronică, abdomen destins cronic și rect gol.
- Feriți-vă de ipoteza în care patologie cunoscută la un individ (de exemplu, boala diverticulară sau SCI) este cauza constipației; atunci ar fi putut exista o modificare semnificativă a pattern-ului sau a naturii simptomelor.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DIAREEA

## Privire de ansamblu

Diareea reprezintă eliminarea de scaune lichide și frecvente. Se consideră că este vorba de o diaree cronică dacă durează de mai mult de două săptămâni. Se află pe locul cinci în ceea ce privește simptomele de prezentare la medic. Pacienții folosesc termenul de „diaree" când merg la doctor, dar poate fi vorba doar de scaune frecvente.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Gastroenterită infecțioasă acută, de exemplu, rotavirus, *Campylobacter*, toxiinfecție alimentară.
- Antibiotice (și alte efecte secundare medicamentoase).
- Sindrom de colon iritabil (SCI).
- Diverticulită.
- Constipație prin preaplin (în special la vârstnici).

OCAZIONALE

- Intoleranță la lactoză.
- Infestații cronice: amoebiază, giardiază, nematode.
- Neoplasm de colon.
- Boală inflamatorie intestinală (BII): colită ulceroasă și boala Crohn.
- Consum excesiv de alcool.
- Diareea copilului mic.
- Boala celiacă (incidență 1:300).

RARE

- Apendicită.
- Abuz de laxative.
- Tireotoxicoză.
- Malabsorbție, de exemplu, boala celiacă.
- Alergii.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Gastroenterită* | *Antibiotic* | *SCI* | *Diverticulită* | *Prin preaplin* |
|---|---|---|---|---|---|
| Plus vărsături | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Cronică sau recurentă | Nu | Nu | Da | Posibil | Da |
| Durere severă constantă | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Sensibilitate abdominală marcată | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Scaune cu sânge | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** dacă diareea este persistentă, probă de scaun, HLG cu formulă, VSH/CRP, TFT, anticorpi antiendomisium și antigliadină.
**Posibile:** examen de urină, TFH, proctoscopie/sigmoidoscopie, urmată de clismă baritată.
**Rareori:** colonoscopie, teste pentru malabsorbție.

- O singură probă de scaun este suficientă în diareea acută de peste o săptămână pentru infecțiile comune. Sunt necesare examene ulterioare pentru a evalua eliminarea salmonelelor.
- Seriile de trei probe zilnice din scaun sunt necesare pentru evidențierea ouălor, a chisturilor și a paraziților în diareea cronică.
- HLG: în BIC și neoplasm, Hb poate fi scăzută și VSH/CRP crescute; anemia prin deficiență de fier poate apărea în neoplsme și boala celiacă; pentru diverticulită – verificați nivelul feritinei, al vitaminei $B_{12}$ și al acidului folic; numărul leucocitelor este crescut în BII și infecții.
- TFT: pot evidenția tireotoxicoza.
- Anticorpii antiendomisium și antigliadină: dacă sunt pozitivi, sugerează boala celiacă.
- TFH: pot sugera afecțiuni secundare sau alcoolismul.
- Examenul de urină: densitatea crescută este caracteristică deshidratării.
- Proctoscopia/sigmoidoscopia, urmată de clismă baritată sau colonoscopie (de obicei, recomandată de medicul specialist): confirmă diagnosticul de neoplasm, diverticuloză sau BII.
- Testele pentru malabsorbție: ca analiza grăsimilor în scaun, testul toleranței la lactoză, biopsia de intestin subțire (toate aceste teste sunt recomandate de medicul specialist).

### SUGESTII

- Clarificați cu pacientul ce înțelege prin diaree – se poate referi doar la o modificare minoră a defecației sau la eliminarea frecventă de scaune normale.
- Giardiaza este mult mai frecventă decât se crede și parazitul poate fi greu de izolat în probele de scaun. Tratamentul empiric este justificat când tabloul clinic este sugestiv (debut recent, după o călătorie, a unei diaree grăsoase, persistente, însoțită de anorexie, greață și balonare abdominală).
- SCI cauzează rareori diaree nocturnă.
- Pacienții cu gastroenterită trebuie să prezinte ameliorare constantă a simptomatologiei după câteva zile, dar simptomele pot fi prezente până la 10 zile – avertizați-i despre acest lucru.
- Nu vă lăsați păcălit de diareea prin preaplin la pacienții vârstnici. Singura modalitate de a stabili acest diagnostic este TR.

Scanned with OKEN Scanner

- Nu uitați să întrebați pacientul despre călătoriile în alte țări și ocupație, deoarece pot avea implicații pentru diagnostic și tratament.

- Scăderea în greutate în diareea cronică este foarte sugestivă pentru o patologie gravă.
- La tineri și la persoane în rest sănătoase, este corect să se pună diagnostic clinic pozitiv de sindrom de colon iritabil cu investigații minime – dar evitați să puneți acest diagnostic pentru prima data la un pacient de vârstă mijlocie sau vârstnic, deoarece este posibil ca o afecțiune gravă să fie confundată cu SCI.
- Evaluați cu mare atenție starea de hidratare la un sugar sau vârstnic care prezintă diaree; dacă au semne de diaree, trebuie internați în spital.
- Un consult inițial prin telefon este suficient pentru cele mai multe cazuri de diaree acută, dar când se asociază o durere abdominală constantă (nu colicativă), bolnavul trebuie examinat pentru a exclude o afecțiune chirurgicală acută.

NOTE:

# DUREREA ABDOMINALĂ ACUTĂ ÎN SARCINĂ

## Privire de ansamblu

Femeia gravidă care prezintă acest simptom este foarte probabil extrem de preocupată de faptul că există o amenințare la sarcina ei. Nivelul de anxietate este foarte crescut atât la gravidă, cât și la partenerul ei. Acest stres emoțional trebuie evaluat urgent și complet. Cele enumerate mai jos sunt cauze specifice sarcinii și afecțiuni care pot fi exacerbate sau alterate de sarcină; este evident că pot fi și cauze obișnuite (de exemplu, gastroenterita, SCI și dispepsia), dar ele creează rareori probleme de diagnostic și, de aceea, nu sunt luate în considerare în acest capitol.

## Diagnostic diferențial

FRECVENTE

- Întindere ligamentară și disfuncția simfizei pubiene.
- Avort: 20-40% dintre sarcinile în primul trimestru.
- Naștere: 6% premature.
- Dezlipire de placentă: 1/80-200 de sarcini.
- Pielonefrită (în special în jurul săptămânii 20 de sarcină).

OCAZIONALE

- Constipație (cauză obișnuită, dar prezentă doar ocazional).
- Sarcină extrauterină (1/250 de sarcini).
- Apendicită (1/1 000 de sarcini).
- Degenerescență roșie a fibromului uterin.
- Torsiune/ruptură de chist sau tumoră ovariană.

RARE

- Ruptură uterină (1/1 500 de sarcini, dintre care 70% din cauza operației cezariene).
- Torsiune uterină (rotație axială > 90°): 90% dintre cazuri se asociază cu fibrom uterin, tumori anexiale și malformații uterine anatomice.
- Congestie hepatică din cauza preeclampsiei.
- Hematom rectal.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Disfuncția simfizei pubiene* | *Avort* | *Naștere* | *Dezlipire de placentă* | *Pielonefrită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sensibilitate localizată | Da | Nu | Nu | Posibilă | Da |
| Crampe abdominale | Nu | Da | Da | Nu | Nu |
| Sângerare vaginală | Nu | Da | Nu | Da | Nu |
| Rigiditate uterină | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Febră, durere unilaterală | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

Testele clinice sunt impuse de urgența clinică a fiecărui caz. În cazul unei dureri severe, se va recomanda internarea în spital.

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.

**Posibile:** ecografie, hemoleucogramă cu formulă.

**Rareori:** laparoscopie.

- Sumarul de urină: proteinurie în preeclampsie. Sânge, leucocite și nitriți în infecția de tract urinar (ITU); microorganismul infectant este confirmat prin urocultură.
- Hemoleucogramă cu formulă: leucocitoză în ITU.
- Ecografia: poate fi diagnostică în dezlipirea de placenta și avort; prezența sarcinii intrauterine face puțin probabilă o sarcină ectopică; ecografia este, de asemenea, utilă în detectarea hematomului rectal.
- Laparoscopia: se efectuează pentru a confirma o sarcină extrauterină.

### SUGESTII

- Durerea prezentă în ortostatism sau în timpul mersului și ameliorată de repaus, în special interesând simfiza pubiană, reprezintă „durerea simfizală" – adesea o cauză trecută cu vederea.
- Înlăturați neliniștile ușor de înțeles, de altfel: în special cele privind starea de bine a fătului sau posibilitatea unei nașteri premature.
- Nu puneți prea rapid diagnosticul de ITU pe baza unui sumar de urină anormal – contaminarea la gravidă este frecventă.

Scanned with OKEN Scanner

- Modificările anatomice pot altera simptomele și semnele: se știe că apendicita este greu de diagnosticat în trimestrul al doilea de sarcină. Dacă aveți dubii, internați pacienta.
- O gravidă în primul trimestru care prezintă dureri unilaterale în abdomenul inferior urmate de secreție vaginală sangvinolentă sau negricioasă este suspicionată de sarcină ectopică până când se pune un alt diagnostic.
- Nu treceți cu vederea diagnosticul de travaliu prematur. O gravidă aflată la prima sarcină care nu are experiența unei nașteri anterioare poate să nu ia în considerare această posibilitate.
- Dezlipirea de placenta cauzează durere severă, continuă, cu uter dur și sensibil. Hemoragia vaginală poate fi minimă. Pacienta trebuie internată imediat.
- Nu omiteți preeclampsia ca etiologie a durerii epigastrice în al treilea trimestru de sarcină: verficați tensiunea arterială (TA) și urina.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA ABDOMINALĂ ACUTĂ LA ADULT

## Privire de ansamblu

Durerea abdominală severă care debutează brusc reprezintă o urgență reală în practica medicală și motivul celor mai multe apeluri telefonice pe care le primește MF. În abdomenul acut adevărat, pacientul este evident bolnav și deoarece afecțiunea clinică se poate agrava rapid, pacientul trebuie examinat cât mai urgent.

*NOTĂ*: durerile în zonele superioară și mijlocie ale abdomenului sunt tratate aici; durerea abdominală în zona inferioară a abdomenului este tratată la „durerea acută pelviană".

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Ulcerul peptic.
- Colica biliară.
- Apendicita.
- Gastroenterita.
- Colica renală.

OCAZIONALE

- Colecistita (poate urma după o colică biliară, dar durerea este constantă și se asociază o stare febrilă).
- Diverticulita.
- Obstrucție intestinală acută sau subacută (aderențe, carcinom, hernie strangulată, volvulus).
- Pielonefrita.
- Durerea de perete abdominal.
- Pancreatita.

RARE

- Perforație [de exemplu, ulcer duodenal (UD), carcinom] care determină peritonită.
- Hepatita.
- Boala Crohn și colita ulcerativă.
- Ischemia intestinală.
- Anevrism disecant/fisurat.
- Cetoacidoza diabetică (CAD) și alte cauze medicale ocazionale [de exemplu, infarctul miocardic (IM), pneumonia, criza siclemică].



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Ulcer peptic* | *Colică renală* | *Colică biliară* | *Apendicită* | *Gastroenterită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere colicativă | Nu | Da | Da | Nu | Da |
| Durere localizată | Da | Da | Da | Da | Nu |
| Sensibilitatea abdominală | Da | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| Febră | Nu | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Diaree | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

Singurul test care poate fi de ajutor MF în punerea diagnosticului este sumarul de urină: poate evidenția hematuria (colică renală), infecția urinară sau glicozuria în CAD. În general, în spital, după internarea de urgență a pacientului, vor fi efectuate următoarele investigații:

- Hemoleucogramă completă: numărul crescut al leucocitelor are mai multe cauze și confirmă infecția sau inflamația acută.
- Uree și electroliți: valori modificate în caz de diaree și vărsături. Nivelul amilazei este crescut în ischemia intestinală și pancreatita acută.
- TFH: pot evidenția hiperbilirubinemie în obstrucția biliară și tulburări extinse în hepatită.
- *H. pylori* prezent: asociere puternică cu boala peptică ulceroasă.
- Endoscopia de tract GI superior: pentru vizualizarea tractului GI superior.
- Radiografia abdominală simplă în ortostatism: este importantă în confirmarea perforației unui viscer (aer sub diafragm). Radiografia efectuată în clinostatism este necesară dacă se suspicionează o obstrucție intestinală. 90% dintre calculi renali sau ureterali sunt evidențiați la radioagrafia abdominală simplă.
- Ecografia: utilă pentru confirmarea calculilor biliari.
- UIV: pentru calculi ureterali.

### SUGESTII

- Obiectivul evaluării este mai degrabă de excludere corectă decât un diagnostic exact. Durerea colicativă se poate trata acasă; durerea constantă cu sensibilitate se tratează cel mai bine în spital.
- Dacă tratați un pacient în ambulator, sfătuiți-l să vină la controalele indicate de dumneavoastră și asigurați-vă că este avertizat în ceea ce privește simptomele de alarmă, pentru care trebuie să solicite ajutor medical.
- Examinarea fizică ar trebui să contribuie semnificativ în punerea diagnosticului – deci, acordați-i atenție deosebită și nu uitați lucrurile de bază: puls, temperatură, zgomote intestinale și tușeul rectal.

Scanned with OKEN Scanner

- Aveți grijă să nu fie o „gastroenterită" mascată sau în curs de dezvoltare în cazul unei apendicite acute. Asigurați-vă că pacientul va fi urmărit și accentuați-i faptul că o durere constantă necesită control medical de urgență.
- Dacă pacientul are un istoric de probleme funcționale sau colon iritabil, nu vă bazați pe acest lucru. Afecțiunile chirurgicale pot apărea la oricine, deci fiți obiectiv.
- Fiți atent la pacienții vârstnici cu puls neregulat: infarctul mezenteric produce durere accentuată, dar foarte puține semne.
- Nu uitați să examinați orificiile la nivelul cărora se pot produce hernii, în special dacă este probabilă o obstrucție.

NOTE:

# DUREREA ABDOMINALĂ CRONICĂ/RECURENTĂ LA ADULT

## Privire de ansamblu

Această problemă poate fi prezentă la orice grupă de vârstă. Etiologia durerii abdominale cronice la copil este tratată în alt capitol. La adulții tineri și cei de vârstă mijlocie, cauza este de cele mai multe ori benignă, dar se modifică odată cu înaintarea în vârstă; neoplazia trebuie suspectată întotdeauna la vârstnici, chiar dacă alte cauze sunt mai frecvente. Uneori, nu se poate stabili un diagnostic précis.

## Diagnostic diferențial

FRECVENTE
- SCI.
- ITU recurentă.
- Ulcer peptic cronic (UP).
- Constipația.
- Boala diverticulară.

OCAZIONALE
- Litiaza biliară.
- Hidronefroza.
- Nevralgia postherpetică.
- Boala inflamatorie intestinală.
- Colica ureterală.
- Artrită spinală.
- Boala celiacă (mai frecventă decât se crede în mod tradițional: 1 caz la 300 de adulți).

RARE
- Ischemia de arteră mezenterică (angina abdominală).
- Pancreatita cronică.
- Obstrucția subacută (aderențe, neoplasme și diverticulită).
- Neoplasm.
- Cauze metabolice (de exemplu, boala Addison, porfiria, intoxicația cu plumb).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *SCI* | *ITU* | *UP* | *Constipație* | *Diverticulită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere abdominală intensă | Posibil | Nu | Da | Posibil | Posibil |
| Colică | Da | Nu | Nu | Da | Da |
| Scădere în greutate | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Diaree | Da | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Sângerare rectală | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă, VSH/CRP, probă de urină recoltată din mijlocul jetului urinar.
**Posibile:** uree și electroliți, TFH, amilază, screening pentru boala celiacă, radiografie abdominală simplă, ecografie, UIV, clismă baritată, colonoscopie, gastroscopie.
**Rareori:** investigații specializate, de exemplu angiografia mezenterică și teste suplimentare pentru cauze medicale mai rare.

- Sumarul de urină: doar sânge cu calculi.
- Probă de urină recoltată din mijlocul jetului urinar: pentru a confirma infecția urinară și a ghida tratamentul.
- HLG și VSH/CRP: pot sugera boala intestinală inflamatorie, UP sau neoplasm.
- Uree și electroliți: pot avea modificări în hidronefroză, litiază renală sau boala Addison.
- TFH și amilaza pot fi anormale dacă se suspectează un carcinom. Amilaza poate fi crescută în pancreatită și ischemia de colon.
- Screening pentru boala celiacă: anticorpi antiendomisiali și antigliadină – dacă sunt pozitivi sugerează boala celiacă.
- Test pentru *H. pylori*: asociere puternică cu ulcerul peptic.
- Radiografia abdominală simplă: poate arăta constipație, obstrucția subacută sau calculii renali.
- UIV: pentru calculi renali sau ITU recurentă.
- Ecografie: poate evidenția calculi biliari sau hidronefroză.
- Clisma baritată și colonoscopia: pentru diferite afecțiuni ale părții inferioare a tractului GI.
- Gastroscopia: poate fi necesară pentru confirmarea UP și pentru excluderea carcinomului gastric.
- Teste suplimentare, cum ar fi angiografia (pentru ischemia mezenterică) sau investigații pentru cauze medicale rare, pot fi efectuate la recomandarea medicului specialist.

### SUGESTII

- Stabilirea simplă a cauzei problemei sau a ceea ce o ameliorează poate oferi indicii pentru diagnostic: durerea care apare după o masă este cauzată de litiaza biliară, UP, carcinom gastric sau ischemie mezenterică; dacă este ameliorată de defecație, diagnosticul cel mai probabil este SCI sau constipația.
- La un pacient fără alte comorbidități, cu cât istoricul este mai lung, cu atât este mai puțin semnificativă cauza subiacentă.

Scanned with OKEN Scanner

- Evitați investigațiile repetate dacă pacientul a fost evaluat complet în trecut – cu excepția cazurilor în care starea pacientului se modifică sau apar simptome noi. Fiți sincer cu pacientul, explicându-i „legea randamentului descrescând" în investigarea durerii abdominale cronice neexplicată.
- Fiți pregătit să puneți un diagnostic de SCI la un pacien tânăr dacă simptomele sunt clasice și investigațiile de bază sunt negative; explicația afecțiunii și educația sunt esențiale pentru un management eficient.

- Scăderea în greutate în asociere cu o durere abdominală recurentă sugerează o patologie importantă.
- Ganglionii limfatici supraclaviculari stângi hipertrofiați și duri la palpare (semnul Troisier) sunt patognomonici pentru carcinomul gstric.
- Fiți atent: constipația în sine este mai degrabă un simptom decât un diagnostic. Asigurați-vă că diagnosticați și tratați orice cauză subiacentă dacă aceasta nu răspunde la un tratament simplu.
- SCI este cel mai comun diagnostic – dar luați în considerare orice posibilitate dacă durerea are aceeași localizare, trezește pacientul din somn sau se asociază cu hemoragia rectală sau scăderea în greutate.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA ABDOMINALĂ RECURENTĂ LA COPIL

## Privire de ansamblu

Durerea abdominală recurentă la copil este un simptom pentru o multitudine de afecțiuni. Au fost identificate peste 85 de cauze; din acest motiv, cheia diagnosticului în medicina familiei constă în identificarea altor elemente asociate care pot orienta medicul în stabilirea diagnosticului și a managementului eficient. Peste 90% dintre cazurile de durere abdominală recurentă la copil care sunt trimise pentru internare nu au o cauză organică.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Afecțiune virală recurentă.
- Anxietate și depresie (denumită uneori sindromul migrenei abdominale pasagere).
- Infecție de tract urinar (ITU) recurentă.
- Constipație.
- Gastrita și boala de reflux gastroesofagian (BRGE).

OCAZIONALE

- Boala Crohn și boala celiacă.
- Ulcerul duodenal (UD).
- Sindromul intestinului iritabil.
- Diabetul zaharat.
- Purpura Henoch-Schönlein.
- Hidronefroza, litiaza renală și refluxul vezico-ureteral.
- Diverticulul Meckel.

RARE

- Parazitozele intestinale.
- Alergii alimentare.
- Siclemia.
- Tuberculoza (TB).
- Boala Hirschsprung.
- Epilepsia de lob temporal.
- Pica.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Afecțiune virală recurentă* | *Anxietate/depresie* | *ITU recurentă* | *Constipație* | *Gastrită/BRGE* |
|---|---|---|---|---|---|
| Stres acasă sau la școală | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Legătura cu masa | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Diaree | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Febră | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Rezultate anormale la analizele urinare | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații

**Necesare:** sumar de urină și urocultură.
**Posibile:** HLG cu formulă, frotiu sangvin, VSH/PrCR.
**Rareori:** radiografie abdominală pe gol, ecografie abdominală, alte investigații în cursul spitalizării (după internare).

- Sumarul de urină și urocultură: sumarul de urină evidențiază prezența unei ITU care poate fi confirmată prin urocultură și antibiogramă; poate evidenția glicozuria în diabetul zaharat și posibil hematurie în purpura Henoch-Schönlein.
- HLG: Hb poate scădea în orice patologie cronică; leucocitoză în infecții bacteriene; eozinofilie în infestarea parazitară și în alergii; pe frotiu se poate observa siclemia; VSH-ul și proteina C reactivă crescute sugerează o boală organică.
- Ecografia: este investigația neinvazivă de primă linie pentru tractul urinar. Alte investigații pentru confirmarea ITU vor fi recomandate de medicul specialist pediatru.
- Alte investigații după internare: dacă există suspiciuni pentru afectare organică (de exemplu, endoscopia digestivă pentru ulcer duodenal, tranzit baritat și explorări suplimentare pentru boala Crohn sau boala celiacă).

## SUGESTII

- Majoritatea copiilor cu durere abdominală recurentă nu au o afectare organică, dar tratați cu atenție și seriozitate problema, și evaluați cu atenție copilul, însă nu suprasolicitați cu explorări care ar putea produce îngrijorare.
- Explorați îngrijorările părinților – anxietatea unui copil poate crește din cauza unor părinți prea insistenți cu examinările medicale ale copiilor.
- Vorbiți și cu copilul singur, nu numai în prezența părinților. Acest dialog poate aduce la lumină probleme școlare sau abuzuri care nu au putut fi relatate părinților.
- Dacă există posibilitatea unei ITU recurente, explicați părinților cum se recoltează corect proba de urină pentru sumarul de urină și urocultură, astfel încât la următorul episod să fie pregătiți pentru o recoltare corectă.

Scanned with OKEN Scanner

- Boala organică este sugerată de durerea manifestată la distanță de ombilic, mai ales când aceasta trezește copilul din somn, este asociată cu scăderea apetitului sau în greutate și o modificare de tranzit intestinal.
- Atenție la puseul dureros cu o cauză acută: apendicită, torsiunea testiculară. Educați părinții să solicite de urgență ajutor medical atunci cînd observă o modificare a tipului durerii.
- Copiii la care se pune diagnosticul de ITU trebuie tratați conform ghidurilor în vigoare.
- Evitați să considerați că există numai somatizări sau conflictele familiale care determină durerea abdominală recurentă la copil.
- Nu uitați de posibilitatea rară a siclemiei, mai ales la grupurile etnice predispuse.

NOTE:

# DUREREA EPIGASTRICĂ

## Privire de ansamblu

Aproximativ 40% din populație prezintă acest simptom într-un an. Doar una dintre 10 persoane merge la MF pentru această acuză, de obicei considerând-o „indigestie". Primul pas este de a stabili ce înțelege pacientul prin acest termen. Al doilea pas constă în stabilirea caracterului durerii: acută, cronică sau acută spre cronică. Și a treia etapă privește tratamentul, care este adeseori orientat către o abordare pragmatică, simptomatică decât către stabilirea unui diagnostic exact.

## Diagnostic diferențial

FRECVENTE
- Dispepsie neulceroasă (DNU).
- BRGE/gastrită.
- SCI.
- Litiază biliară.
- Ulcer duodenal/duodenită.

OCAZIONALE
- Legată de medicamente (de exemplu, antibiotice, AINS, bifosfonați).
- Pancreatită (acută sau cronică).
- Afecțiuni musculare.
- Peritonită (UD perforat sau cancer).
- Cancer de stomac.
- Ulcer gastric.
- Spasm esofagian.
- Aerofagie.

RARE
- Infarct miocardic.
- Pneumonie.
- Cancer de pancreas.
- Anevrism aortic abdominal rupt.
- Obstrucție gastrointestinală.
- Reflexă de la coloana vertebrală.
- Hernie epigastrică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *DNU* | *BRGE/gastrită* | *SCI* | *Litiază biliară* | *UD/duodenită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere nocturnă | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Ameliorată de antiacide | Posibil | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Legată de stres | Posibil | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Iradiere în spate | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Vărsături | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, test pentru *H. pylori*.
**Posibile:** TFH, endoscopie de tract GI superior, ecografie.
**Rareori:** amilaza serică, examen radiologic baritat (prânz baritat), manometrie esofagiană/studii de pH, enzime cardiace, ECG, radiografie toracică, radiografie abdominală simplă în poziție verticală și în clinostatism.

- HLG cu formulă: anemie în cazul unui cancer subiacent sau hemoragie cauzată de un ulcer peptic; leucocitoză în colecistită și pancreatită.
- Test pentru *H. pylori*: asociere puternică cu boala ulceroasă peptică; se poate asocia și cu alte patologii gastrointestinale.
- TFH: pot fi anormale în litiaza biliară sau neoplasm.
- Endoscopie de tract GI superior: pentru a vizualiza/biopsia tractul GI superior (în special pentru a exclude cancerul de stomac).
- Ecografie: pentru evidențierea calculilor biliari; poate evidenția și alte afecțiuni, de exemplu boala pancreatică.
- Examen radiologic baritat: pentru investigarea esofagului, a stomacului și a duodenului la pacienții care nu doresc să facă endoscopie (sau au contraindicații).
- Amilaza serică: nivel crescut în pancreatita acută.
- Alte teste: sunt solicitate de obicei de medicul specialist și includ manometrie esofagiană/studii de pH (dacă se suspicionează o problemă esofagiană, dar endoscopia este normală), enzime cardiace și ECG (posibil un eveniment cardiac acut), radiografie toracică (pneumonie), radiografie abdominală simplă în poziție verticală și în clinostatism (obstrucție), CT sau RMN (dacă se suspicionează o tumoră).

### SUGESTII

- Cazurile neacute de „dispepsie" în etapa de îngrijire primară pot fi tratate în conformitate cu recomandările în vigoare – în aceste cazuri, un diagnostic precis poate să nu fie necesar.
- Este important să răspundeți îngrijorărilor subiacente. Cei mai mulți pacienți cu dureri epigastrice nu solicită ajutor medical. Cei care o fac, de obicei se tem de o boală gravă, cum ar fi cancerul.
- Diagnosticul de ulcer îngrijorează pacienții, în special pe cei vârstnici, deoarece ei pot să fie conștienți de progresele terapeutice recente. Oferiți-le explicații adecvate.

Scanned with OKEN Scanner

- Nu omiteți istoricul medicamentelor luate de pacient, deoarece poate oferi o soluție simplă a problemei pacientului.
- O endoscopie normală nu exclude o afecțiune esofagiană, de exemplu, BRGE sau spasmul esofagian.

- Endoscopia/alte investigații pentru a exclude un neoplasm sunt necesare în caz de: simptome nou apărute – sau modificări semnificative ale unor simptome cronice – la un pacient cu vârsta peste 55 de ani care prezintă dispepsie neexplicată sau persistentă, scădere în greutate, disfagie, sângerare GI, vărsături, masă abdominală, anemie.
- Un pacient cu stare generală alterată, scădere în greutate și dureri epigastrice nu trebuie încurajat de o endoscopie normală; poate exista o patologie gravă subiacentă, de exemplu, cancer pancreatic.
- În cel puțin 50% dintre cazuri, cancerul de pancreas se manifestă mai degrabă prin dureri epigastrice decât prin clasicul icter nedureros și progresiv.
- În cazurile acute, nu omiteți durerea reflexă – cu originea în plămâni, inimă sau coloană vertebrală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HEMATEMEZA

## Privire de ansamblu

Hematemeza (vărsături cu sânge) poate varia de la câteva striuri sangvinolente în fluidul gastric până la cantități mari de sânge roșu strălucitor. Sângele care staționează în stomac pentru câteva ore devine închis la culoare și granulos, asemănător zațului de cafea. Întotdeauna trebuie făcută o evaluare completă de urgență; fiți pregătit pentru necesitatea bruscă de resuscitare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Ulcer peptic (UP)/gastrită acută.
- Ruptură Mallory-Weiss.
- Varice esofagiene (ciroză hepatică, de obicei alcoolică).
- Neoplasm: de esofag sau stomac.
- BRGE.

OCAZIONALE

- Sânge înghițit (epistaxis evident; mai rar hemoptizie).
- Corp străin sau tumoră mediastinală care perforează esofagul sau aorta (inclusiv anevrismul).
- Hemobilia (sânge în bilă).
- Ingestia de substanțe toxice: acizi și baze corozive, arsenic.
- Discrazii sangvine (de exemplu, trombocitopenie, leucemie, hemofilie, anemie aplastică).

RARE

- Ruptură de esofag (vărsături acute sau traumatism).
- False: înghițire și vărsături deliberate de sânge (sindromul Munchausen).
- Perforarea duodenului de către un calcul biliar.
- Scorbut.
- Poliarterită nodoasă, lupus eritematos sistemic (LES).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *UP* | *Ruptură (M-W)* | *Varice* | *Cancer* | *Esofagită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric de scădere în greutate | Posibil | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Precedate de vărsături | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Precedate de melenă | Posibil | Nu | Posibil | Posibil | Posibil |
| Durere severă | Da | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Semne asemănătoare șocului | Da | Nu | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

Acestea se vor face în spital în urgență sau la cabinetul MF după un episod de hematemeză dacă nu se recomandă internarea de urgență a pacientului.

- HLG cu formulă: este esențială pentru stabilirea gradului hemoragiei. O Hb normală nu exclude o sângerarea importantă, deoarece hemodiluția se produce în câteva ore. De asemenea, poate evidenția o discrazie sangvină.
- Endoscopia de tract GI superior: este „standardul de aur" pentru identificarea cauzei sângerării și pentru biopsierea leziunilor suspecte.
- Testarea pentru *Helicobacter*: în prezența unei ulcerații peptice.
- TFH și γ-GT pentru evaluarea funcției hepatice. În multe cazuri, alcoolul este un factor determinant semnificativ.
- Radiografia abdominală în poziție verticală (efectuată în spital) este utilă pentru semnele de perforație viscerală (aer sub diafragmă) și, rareori, un calcul biliar ectopic.

### SUGESTII

- Luați o anamneză minuțioasă – adeseori, pacienții confundă vărsătura cu sânge cu eliminarea de sânge prin tuse.
- Dacă sunteți pe cale să mergeți la domiciliul pacientului, rugați-l să nu arunce dovezile – vizualizarea vomei valorează mai mult decât o mie de cuvinte de anamneză.
- Nu uitați să obțineți și un istoric al medicamentelor luate de pacient: antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), corticosteroizii și warfarina pot fi asociate cu eroziuni gastrice acute.

Scanned with OKEN Scanner

- Tahicardia poate fi singurul semn fizic al unei hemoragii GI semnificative.
- În toate cazurile acute, pacienții se internează cu excepția celor care au o stare generală bună, cauza sângerării fiind evidentă și nesemnificativă (de exemplu, sânge înghițit sau ruptureă Mallory-Weiss minoră).
- Pacientul poate să nu realizeze semnificația vărsăturii în zaț de cafea sau a melenei – întrebați-l în mod specific despre aceste simptome.
- Semnul Troisier (adenopatie supraclaviculară stângă) sugerează neoplasmul gastric.
- Varicele esofagiene reprezintă cauza a doar 5% dintre cazuri, dar mortalitatea este de 80%. Chemați ambulanța imediat și asigurați o cale de acces intravenous (i.v.) dacă este posibil.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MĂRIREA DE VOLUM A ABDOMENULUI

## Privire de ansamblu

Această prezentare acoperă atât tumorile abdominale și pelviene, cât și tumefacția abdominală generalizată. Pacientul poate acuza creșterea circumferinței abdomenului sau o masă disretă descoperită accidental; de asemenea, medicul de familie (MF) poate descoperi tumefacția în cursul unui examen fizic al pacientului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Sarcină.
- Sindromul colonului iritabil (SCI).
- Constipație.
- Fibrom uterin.
- Hipertrofie de vezică urinară.

OCAZIONALE
- Ascită (are multe cauze).
- Obstrucție intestinală.
- Tumoră ovariană (chist sau tumoră malignă).
- Carcinom gastric sau de colon.
- Hepatomegalie (cauze diverse).

RARE
- Splenomegalie (cauze diverse).
- Carcinom pancreatic.
- Anevrism de aortă.
- Limfadenopatie para-aortică masivă.
- Hidronefroză, chist renal sau tumoră renală malignă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Sarcină* | *SCI* | *Constipație* | *Fibrom uterin* | *Vezică urinară* |
|---|---|---|---|---|---|
| Dimensiunea variază | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Amenoree | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Flux urinar redus | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Diaree | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Progresie | Da | Nu | Posibil | Da | Da |

## Investigații posibile

**Necesare:** test de sarcină, ecografie.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH, radiografie abdominală simplă.
**Rareori:** clismă cu bariu și sigmoidoscopie, paracenteză, CT.

- Testul de sarcină este esențial la femeile amenoreice.
- Sumarul de urină poate arăta hematuria microscopică în tumorile renale sau vezicale.
- Ecografia abdominală este calea cea mai rapidă și mai eficientă de a identifica sursa celor mai multe tumefacții sau mase abdominale.
- Hemoleucograma completă (HLG): anemia este probabilă în cazul unei malignități, posibilă în fibromul uterin cu menoragie; de asemenea, poate evidenția discrazia sangvină.
- Ureea și electroliții (uree și electroliți) pot avea valori modificate în boala renală gravă. Testele funcționale hepatice (TFH) pot oferi indicia pentru hepatomegalia alcoolică sau neoplasm. Nivelul albuminelor este scăzut în ascită.
- Clisma baritată și sigmoidoscopia: sunt utile pentru a confirma sau exclude o afecțiune colonică.
- Radiografia abdominală simplă: poate evidenția constipație sau obstrucție (în acest ultim caz este de preferat să fie făcută după internare).
- Medicul specialist poate recomanda și alte teste, de exemplu paracenteza (pentru a investiga și ameliora ascita) sau CT (pentru a stabili natura unei tumori sau efectele acesteia asupra structurilor înconjurătoare).

### SUGESTII

- Fiți atent la anamneză pentru a deosebi o tumefacție abdominală intermitentă sau variabilă de una progresivă. Probabil, primul tip nu este determinat de o patologie gravă, în timp ce al doilea tip poate avea o etiologie severă.
- Sarcina îi poate păcăli pe unii, în special când este vorba de o femeie în premenopauză sau o adolescentă. Nu acceptați niciodată propoziția „nu pot fi însărcinată".
- La examinare, unele tumefacții reclamate de pacient nu mai sunt palpabile sau reprezintă anatomia normală. Examenul fizic poate avea un efect terapeutic. Dacă nu se întâmplă acest lucru, examinați cu mai multă atenție pacientul și luați în considerare anxietatea, depresia sau alte probleme psihologice dacă simptomele persistă.

Scanned with OKEN Scanner

- Pierderea în greutate asociată cu tumefacția abdominală sugerează o neoplazie.
- Apariția bruscă a unei tumefacții asociată cu durere abdominală sugerează obstrucția, necesitând examen chirurgical de urgență.
- Obezitatea face ca examinarea fizică să fie îngreunată și poate fi dificil de deosebit de ascită. Dacă aveți dubii, efectuați o ecografie.
- Rezonanța la percuție nu exclude o masă solidă; tumorile retroperitoneale împing colonul spre anterior și abdomenul prezintă la percuție timpanism.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# VĂRSĂTURILE

## Privire de ansamblu

Vărsăturile reprezintă unul dintre principalele motive pentru care este solicitat MF, în special la copii. Deși majoritatea cazurilor sunt autolimitante și benigne, posibilele cauze sunt numeroase, patologia subiacentă putând fi gravă. Este necesară evaluarea atentă, asociată cu disponibilitatea de a revizui și accepta un alt diagnostic, dacă acesta este neclar.

## Diagnostic diferențial

FRECVENTE
- Gastroenterită.
- Labirintită virală acută (și alte cauze de vertij acut).
- Infecție de căi respiratorii superioare (ICRS) (la copii, în special cu tuse importantă).
- Sarcină.
- Apendicită și alte cauze de abdomen acut.

OCAZIONALE
- Hiper- și hipoglicemia.
- Obstrucția intestinală.
- Pielonefrita.
- Calcul ureteral.
- Migrenă.
- Medicamente (de exemplu, antibiotice și citotoxice).

RARE
- Boala gastroduodenală (de exemplu, strictura sau stenoza pilorică, UD, cancer).
- Meningita.
- Hemoragia cerebrală.
- Bulimia nervoasă.
- Constipația severă.
- Hipertensiune intracraniană (de exemplu, tumoră).
- Insuficiență renală.
- Glaucom acut.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Gastroenterită* | *Labirintită* | *ICRS (copil)* | *Sarcină* | *Abdomen acut* |
|---|---|---|---|---|---|
| În special dimineața | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Însoțită de diaree | Da | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Nistagmus | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Zgomote intestinale intense? | Da | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Abdomen sensibil? | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este nevoie de investigații.
**Posibile:** sumar de urină, urocultură, test de sarcină, glicemie, HLG cu formulă, uree și electroliți.
**Rareori:** puncție lombară, radiografie abdominală, IVU, EGD, CT.

- Sumarul de urină: densitatea specifică crescută sugerează deshidratarea; glucoza și cetonele indică hiperglicemia; sânge, leucocite și proteine, cu sau fără nitriți, sugerează ITU (confirmată prin urocultură); prezența sângelui poate indica un calcul renal.
- Testul de sarcină: pentru a confirma sau indica prezența unei sarcini.
- Glicemia: va confirma hipo- sau hiperglicemia.
- Uree și electroliți: pot apărea anomalii din cauza vărsăturilor; de asemenea, pot evidenția o insuficiență renală subiacentă.
- HLG: leucocitoza sugerează o infecție sau o inflamație subiacentă. Hemoglobina (Hb) poate fi scăzută în cazul unui neoplasm.
- Puncție lombară, radiografie abdominală, IVU, EGD sau CT: sunt necesare doar în puține cazuri, în funcție de imaginea clinică; sunt recomandate de medicul specialist.

### SUGESTII

- Vărsăturile la copii apar de obicei precoce, când poate fi dificil de stabilit un diagnostic clar. Fiți onest în această privință și asigurați-vă că părinții știu că trebuie să vă anunțe dacă simptomul nu se rezolvă sau apar alte simptome „alarmante" – sau stabiliți un timp anume pentru urmărirea copilului.
- Nu uitați să căutați atât cauza (adică etiologia), cât și efectele (de exemplu, o posibilă deshidratare) – în special la copiii foarte mici sau la persoanele în vârstă, la care anamneza este greu de obținut și efectele pierderii de lichide sunt mai marcate.
- Verificați ce medicamente ia pacientul; acestea pot cauza vărsături sau au implicații serioase asupra tratamentului (de exemplu, corticosteroizi).
- Nu uitați că sarcina poate fi o cauză a vărsăturilor – pacienta poate „ignora" această posibilitate.

Scanned with OKEN Scanner

- Cu excepția cazului în care diagnosticul este în mod evident migrena, fiți atent în cazul unui pacient care prezintă vărsături și cefalee – gândiți-vă la meningită, hemoragie subarahnoidiană sau hipertensiune intracraniană.
- Nu administrați antiemetice în mod empiric – pot masca diagnosticul real sau pot cauza confuzii de diagnostic via efecte secundare.
- Pacienții diabetici trebuie de obicei internați, deoarece oricare ar fi cauza vărsăturilor, diabetul lor are tendința să nu mai poată fi controlat.
- Verificați existența eroziunilor dentare acide ca un indiciu de bulimie în cazul vărsăturilor recurente.
- Gastroenterita determină apariția borborismelor (zgomote intestinale). La pacientul cu durere abdominală și vărsături, dacă nu există borborisme sau acestea sunt rare, cel mai posibil diagnostic este abdomenul acut.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ANO-RECTAL

**Durerea ano-rectală**

**Pruritul anal**

**Sângerarea rectală**

**Secreţiile rectale**

**Tumefacţia anală**

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA ANO-RECTALĂ

## Privire de ansamblu

De obicei, durerea ano-rectală este severă și supărătoare. Din cauza spsmului sfincterian reflex, constipația este adesea prezentă, accentuând și mai mult durerea și suferința pacientului. Examinarea adecvată este, de asemenea, dificilă din același motiv; din fericire, dacă nu se poate efectua TR, inspecția vizuală poate permite punerea diagnosticului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Fisura anală.
- Hemoroizi trombozați/hematomul perianal.
- Proctalgia fugace (PF).
- Neoplasmul ano-rectal.

OCAZIONALE
- Boala Crohn.
- Coccidinia.
- Sindromul perineal descendent.
- Prostatita.
- Chistul sau tumora ovariană.

RARE
- Tuberculoza anală.
- Leziunile cozii de cal.
- Endometrioza.
- Traumatismele.
- Tumorile presacrale.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Fisură anală* | *Hematom* | *Abces* | *PF* | *Neoplasm* |
|---|---|---|---|---|---|
| Apărută în timpul defecației | Da | Nu | Nu | Posibil | Nu |
| Tumefiere anală vizibilă | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Durere intermitentă | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Sângerare rectală | Da | Posibil | Posibil | Nu | Da |
| TR extrem de dificil | Da | Da | Da | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este necesară nicio investigație.
**Posibile:** HLG, VSH/PrCR, proctoscopie.
**Rareori:** sumar de urină, ecografie, clismă baritată, alte investigații imagistice.

- HLG/VSH/PrCR: leucocitoza poate fi prezentă în cazul abcesului și al bolii Crohn. Nivelul VSH/PrCR este crescut în abces, boala Crohn sau carcinom.
- Proctoscopia se poate efectua dacă durerea s-a rezolvat (medicul specialist poate efectua și o biopsie).
- Sumarul de urină: celule albe (piurie) și sânge indică fie o prostatită, fie o tumoră vezicală invazivă.
- Ecografia pelvisului se efectuează dacă examinarea acestei zone evidențiază o masă tumorală. Clisma baritată poate fi necesară pentru evaluarea implicării intestinului. În cazurile neclare, medicul specialist poate recomanda efectuarea altor examinări imagistice.

### SUGESTII

- În cazul în care pacientul folosește descrieri dramatice (un roșu aprins) pentru durerea trecătoare, are o stare generală bună și la examenul fizic nu se observă nicio modificare, cel mai probabil diagnostic este proctalgia fugace.
- Examinați pacientul – cauza este de obicei un hemoroid trombozat, o fisură anală sau un abces, care pot fi diagnosticate de obicei printr-o simplă inspecție.
- Administrați pacientului un tratament simptomatic, dar nu uitați că poate exista o cauză subiacentă – în special constipația.
- Nu uitați să întrebați pacientul despre senzația de sete și frecvența urinărilor: abcesele recurente pot fi primul semn al diabetului zaharat.

Scanned with OKEN Scanner

- Scăderea în greutate și/sau modificări ale tranzitului intestinal trebuie investigate urgent, cauzele cele mai posibile fiind neoplasmul sau boala inflamatorie intestinală.
- Unele abcese perianale nu produc tumefiere anală externă. Dacă TR este extrem de dureros, luați în considerare această posibilitate, în special dacă pacientul este febril.
- În cazul unor probleme perianale floride sau recurente, gândiți-vă la boala Crohn ca posibilă cauză.
- Revedeți cauzele rare în cazul unui pacient cu durere perianală constantă, care nu răspunde la tratament, fără prezența de semne evidente la TR.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PRURITUL ANAL

## Privire de ansamblu

Pruritul anal este unul dintre simptomele extrem de jenante pentru pacienți, dar din punct de vedere al medicului de familie, poate fi doar o consultație de la care pacientul poate pleca având o rezolvare a problemei.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Infestații fungice – tinea, candidoză.
- Paraziți intestinali.
- Hemoroizi.
- Polipi cutanați perianali.
- Fisură anală.

OCAZIONALE

- Igienă deficitară.
- Diaree recurentă sau cronică.
- Vegetații perianale.
- Infecții streptococice perianale la copii.
- Traumatisme post-practici sexuale (sex anal, inserția de obiecte).
- Incontinența fecală, inclusiv infiltrația de lichid fecal pe lângă un fecalom.
- Psoriazis.
- Diabet zaharat.
- Carcinom anorectal.
- Iritație chimică: defecație după ingestia de alimente foarte condimentate, folosirea spumantului de baie sau de săpunuri iritante, lubrifianți sexuali.

RARE

- Iritații post-piercing sau tatuaj perineal.
- Lichen scleroatrofic (afectează o femeie din 100, 3 din 10 având simptome anale).
- Boala Crohn (fistula anală/perianală).
- Fistula rectovaginală.
- Prolapsul rectal.
- Orice altă cauză de secreție rectală sau tumefacție anală – vezi capitolele respective.
- Alte cauze grave de prurit generalizat.
- Boli cu transmitere sexuală (BTS): sifilis, gonoree, infecția chlamidiană.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Infecții fungice* | *Paraziți intestinali* | *Hemoroizi* | *Polipi cutanați perianali* | *Fisură anală* |
|---|---|---|---|---|---|
| Rectoragie | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Da |
| Accentuare nocturnă | Posibil | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Senzație de corp străin | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Scurgeri rectale | Nu | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Defecație dureroasă | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |

## Investigații

**Necesare:** nu este nevoie de investigații.
**Posibile:** amprentă anală, HLG, VSH, glicemie à jeun, proctoscopie.
**Rareori:** nu este nevoie de investigații.

- În general, în lipsa evidenței unui diagnostic de gravitate, investigațiile nu își au rostul decât după eșecul tratamentului empiric.
- Amprenta anală: este utilă pentru identificarea unei patologii infecțioase.
- HLG și VSH: sunt utile dacă se suspectează boala Crohn, în acest caz însă este mai bine să trimiteți pacientul la medicul specialist pentru diagnosticare.
- Glicemia à jeun este esențială în cazurile de recurență sau cu evoluție prelungită.
- Proctoscopia este ușor de efectuat și poate oferi informații esențiale legate de o eventuală cauză rectală

## SUGESTII

- Majoritatea pacienților au încercat deja un tratament înainte să apeleze la medicul de familie (automedicație) și acesta ar putea să agraveze situația inițială.
- În afara situației în care cauza este evidentă, ar fi bine să efectuați un tușeu rectal, pentru a căuta eventuale cauze rectale.
- Vegetațiile perianale implică o patologie transmisă sexual. Trimiteți pacientul pentru un screening BTS și management corect al situației.
- Pruritul anal este deseori asociat cu tenesme rectale. Dacă nu este permisă o examinare rectală, dar nu există o cauză anală, primară a pruritului, tratați simptomatic și rechemați pacientul la control pentru a completa evaluarea acestuia după câteva zile, când examinarea va fi mai confortabilă pentru acesta. Trebuie să îi explicați pacientului de ce este absolut necesar să îl revedeți la control, altfel este foarte probabil să nu mai revină.

Scanned with OKEN Scanner

- Dintre femeile cu lichen scleroatrofic 4% vor dezvolta un cancer vulvar. Acestea trebuie investigate când apare o cointeresare vulvară sau tratamentul eșuează.
- Trimiteți la biopsie în cazul oricărei leziuni suspectate de cancer anal.
- Trebuie să întrebați pacientul despre statusul sexual, poate fi extrem de important!

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SÂNGERAREA RECTALĂ

## Privire de ansamblu

Hemoragia rectală este o acuză comună de prezentare la MF, care creează însă o mare anxietate pacientului. De departe cele mai probabile cauze sunt hemoroizii sau fisura anală, dar trebuie avute în vedere și patologii mai grave, în funcție de imaginea clinică. La copii, cea mai frecventă cauză este constipația care produce o fisură anală.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Hemoroizii.
- Fisura anală.
- Gastroenterita.
- Carcinomul rectal.
- Boala diverticulară.

OCAZIONALE
- Adenomul vilos.
- Traumatismele [în special leziunile neaccidentale (LNA) la copii].
- Tratamentul anticoagulant.
- Boala intestinală inflamatorie.
- Carcinomul de colon.

RARE
- Tulburările de coagulare (inclusiv anticoagulantele).
- Ischemia colonului.
- Invaginația.
- Diverticulul Meckel (la copii).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hemoroizi* | *Fisură anală* | *Gastroenterită* | *Cancer de rect* | *Diverticuloză* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sânge amestecat cu materii fecale | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Durere abdominală | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Diaree | Nu | Nu | Da | Nu | Da |
| Masă tumorală evidențiată la TR | Posibil | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Polip cutanat anal santinelă | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** proctoscopie.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFH, screening biochimic al osului, uree și electroliți, examenul materiilor fecale, sigmoidoscopie, colonoscopie, clismă baritată.
**Rareori:** teste de coagulare.

- HLG cu formulă: în cazul hemoragiei acute sau cronice se verifică prezența anemiei; trombocitopenia poate cauza sau agrava sângerarea.
- VSH/PrCR: nivel crescut în boala intestinală inflamatorie și cancer.
- Dacă se suspicionează un neoplasm, TFH, uree și electroliți și screeningul biochimic al osului sunt utile timpuriu ca valori de referință.
- Teste de coagulare: se efectuează dacă se suspicionează o tulburare de coagulare; INR este necesar dacă se administrează warfarină.
- Examenul materiilor fecale: este util în prezența diareei. Poate evidenția o cauză infecțioasă (în special *Campylobacter*) sau leucocite în boala intestinală inflamatorie.
- Proctoscopia: este utilă pentru vizualizarea hemoroizilor și a proctitei confirmând diagnosticul clinic.
- Sigmoidoscopia sau colonoscopia sunt cele mai utile investigații dacă se suspicionează o patologie gravă; de asemenea, permit biopsierea leziunilor suspecte.
- Clisma baritată evidențiază stricturile legate de o patologie subiacentă, dar dacă este prezentă diverticuloza, nu exclude un neoplasm asociat.

### SUGESTII

- Dintre tumorile rectale, 80% sunt în raza de acoperire a vârfului degetului. Se face întotdeauna un TR cu excepția, în cazul copiilor și al adulților tineri, cazurilor în care diagnosticul este evident din anamneză.
- Dacă sângele este prezent pe hârtia igienică și pe suprafața materiilor fecale, cauza este probabil palpabilă la TR și vizibilă la proctoscopie; dacă este amestecat cu materiile fecale, sunt necesare investigații adiționale pentru un diagnostic definitiv.
- La adulții tineri, diagnosticul este de obicei evident din anamneză (hemoroizi sau o fisură anală); în astfel de cazuri, dacă și atunci când consultați, pentru a înlătura anxietatea pacientului, subliniați că acest lucru este mai degrabă pentru tratament și nu pentru investigare.
- Diareea asociată cu hemoragie rectală la un adult tânăr sau de vârstă mijlocie sugerează o gastroenterită (în special *Campylobacter*) sau colită.

Scanned with OKEN Scanner

- Modificarea tranzitului intestinal și scăderea în greutate asociate cu sângerarea rectală sunt simptome îngrijorătoare, care ar trebui să determine trimiterea de urgență la medicul specialist.
- Dacă un copil se prezintă cu o sângerare rectală fără o cauză clară, se ia în considerare o leziune neaccidentală.
- Prezența hemoroizilor nu reprezintă neapărat diagnosticul definitiv – poate fi prezentă o leziune asociată, în special la adulții vârstnici.
- O sângerare activă, nedureroasă la un pacient vârstnic este probabil cauzată de boala diverticulară. Pot fi pierdute cantități importante de sânge, așa încât pacientul trebuie trimis de urgență la spital.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SECREȚIILE RECTALE

## Privire de ansamblu

Secrețiile (scurgerile) rectale provoacă jenă și neplăceri pacientului. Motivul prezentării la medic este mai degrabă pruritul decât un istoric de scurgere ano-rectală. Cauzele cele mai frecvente sunt benigne, dar patologia gravă este suficient de probabilă pentru a justifica o examinare completă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Hemoroizii.
- Fisura anală.
- Prolapsul rectal.
- Proctita.
- Vegetațiile anale.

OCAZIONALE

- Carcinomul rectal.
- Sindromul colonului iritabil.
- Fistula anală/perianală (se poate asocia cu boala Crohn).
- Adenomul vilos.
- Igiena anală precară.
- Sindromul ulcerului rectal solitar.

RARE

- Tuberculoza anală.
- Carcinomul anal.
- BTS (de exemplu, sifilisul, gonoreea, infecția chlamidiană).
- SIDA.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hemoroizi* | *Fisură anală* | *Prolaps rectal* | *Proctită* | *Vegetații anale* |
|---|---|---|---|---|---|
| Secreție purulentă | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Mucus | Da | Posibil | Da | Da | Nu |
| Cu sânge | Posibil | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| TR dureros | Posibil | Da | Nu | Da | Posibil |
| Diaree asociată | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** frotiu dacă scurgerea este purulentă.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, uree și electroliți, și tehnici de vizualizare directă (vezi mai jos).
**Rareori:** screening pentru BTS.

- Frotiu ano-rectal pentru bacteriologie dacă sunt prezente secreție purulentă și inflamație locală.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și nivelul VSH/PrCR crescut în prezența bolii intestinale inflamatorii.
- Uree și electroliți: secreția mucoasă profuză de la nivelul unui adenom vilos poate cauza hipokaliemie.
- Proctoscopia se realizează ușor în practică și orientează tratamentul și eventuala trimitere către medicul specialist.
- Sigmoidoscopia permite examinarea definitivă și biopsia leziunilor suspectate sau inflamate.
- Screeningul pentru BTS – dacă se suspicionează o BTS.

### SUGESTII

- Acest simptom se asociază de obicei cu un sentiment de jenă. Examinarea clinică este importantă – așa că ajutați pacientul să depășească orice reticență cu o abordare înțelegătoare.
- Secreția normală de la nivelul anusului (a glandelor sudoripare perianale și a glandelor anale) nu trebuie stopată. Uneori, aceasta poate cauza probleme, în special la persoanele obeze sau la cele cu igienă anală precară.
- La femei, sursa secreției poate fi neclară. Examinarea cu valve sau proctoscopia pot elucida problema.

Scanned with OKEN Scanner

- Statusul sexual este important; nu ezitați să întrebați pacientul despre practicile sale sexuale dacă acest lucru este relevant.
- O scurgere rectală la un pacient vârstnic sugerează carcinomul dacă nu se descoperă altă cauză.
- Un istoric de diaree asociată cu dureri abdominale sugerează o afecțiune colonică. Colita ulcerativă sau boala Crohn sunt cele mai probabile cauze în acest context.
- Orice leziune ulcerată în zona perianală, alta decât un hemoroid evident, trebuie urgent biopsiată.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TUMEFACȚIA ANALĂ

## Privire de ansamblu

Pacientul este deseori jenat să solicite MF pentru acest simptom. De aceea, ar putea strecura această problemă printre altele... Medicul de familie trebuie să reziste tentației de a pune un diagnostic fără a examina pacientul, deoarece unele dintre cauze (de exemplu, abcesul perianal) necesită rezolvare imediată, altele pot oferi surprize (de exemplu, fistule, carcinom).

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Hemoroizi prolabați.
- Hematom perianal.
- Polipi cutanați.
- Abces perianal.
- Prolaps rectal.

OCAZIONALE

- Vegetații.
- Chisturi sebacee.
- Sinus pilonidal infectat.
- Nodul santinelă.

RARE

- Hidrosadenită.
- Fistulă anală.
- Carcinom.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hemoroizi prolabați* | *Hematom perianal* | *Polipi cutanați* | *Abces perianal* | *Prolaps rectal* |
|---|---|---|---|---|---|
| Dureros | Posibil | Da | Nu | Da | Nu |
| Intermitent | Posibil | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Constipație prezentă | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Recurență | Posibil | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Sângerări | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații

În majoritatea situațiilor nu este nevoie de investigații. Singurele excepții sunt: vegetațiile (în acest caz este necesar un screening pentru BTS) și, posibil, carcinomul (în acest caz, biopsia va fi efectuată în spital). De asemenea, orice suspiciune de boală Crohn cu afectare perianală trebuie investigată suplimentar în spital.

### SUGESTII

- Este una dintre rarele situații în care puteți face anamneza cu pacientul dezbrăcat sau în timpul examinării, deoarece spre deosebire de majoritatea activității medicului de familie, în această situație este mai importantă examinarea decât istoricul bolii.
- Dacă pacientul acuză tumefierea sau o secreție anală, cele mai probabile diagnostice sunt: abcesul, vegetațiile, prolapsul sau fistula.
- Pacientul cu o tumefiere anală, care prezintă dificultăți evidente la mers în cabinetul medicului, poate avea: un abces, un hematom perianal mare sau o tromboză hemoroidală.

- Fistulele recurente sau multiple sugerează boala Crohn.
- Dacă hemoroizii prolabați sunt cianotici și dureroși, cel mai probabil sunt strangulați și necesită trimiterea de urgență la chirurgie.
- O tumefiere anală persistentă, ulcerată, în special la adulți și vârstnici, necesită biopsie urgentă, pentru e exclude diagnosticul de carcinom.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# CAVITATE BUCALĂ

**Durerile de limbă**

**Halitoza**

**Sângerarea și durerea gingivală**

**Tumefacțiile orale**

**Ulcerațiile orale**

Scanned with OKEN Scanner

# DURERILE DE LIMBĂ

## Privire de ansamblu

Cauza durerii localizate la limbă este de obicei vizibilă la examinare, dar sunt și cauze mai puțin evidente. Acestea sunt observate în special de medicul stomatolog, dar nu sunt neapărat dentare, și, de aceea, cunoașterea acestor simptome intră în competența MF.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Limba geografică (glosita migratorie benignă) – dureroasă în unele cazuri.
- Candidoza (de exemplu, postantibiotice, corticosteroizi și diabet zaharat necontrolat).
- Traumatism (mușcătură, arsură din cauza alimentelor fierbinți).
- Anemie: deficiență de fier, vitamină $B_{12}$ și acid folic.
- Ulcerații aftoase.

OCAZIONALE

- Infecții virale (de exemplu, cu virus Herpes simplex, boala mână-picior-gură).
- Glosită romboidală mediană (glosita superficială a liniei mijlocii).
- Sindromul gurii arse (cunoscut și ca glosodinie).
- Limba fisurată (de obicei, nu cauzează durere).
- Nevralgia glosofaringiană.
- Lichen plan.

RARE

- Cancerul limbii.
- Boala Behçet.
- Pemfigus vulgaris.
- Medicamente (de exemplu, rezerpină, aspirină, ape de gură).
- Glosita Moeller.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Limba geografică* | *Candidoza* | *Traumatism* | *Anemie* | *Ulcerații aftoase* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depapilare | Da | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Plăci albe | Nu | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Durere localizată | Nu | Nu | Da | Nu | Da |
| Mucoasă palidă | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Recurentă | Da | Posibil | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă.
**Posibile:** evaluarea vitaminei $B_{12}$, a acidului folic și a feritinei, examen bacteriologic.
**Rareori:** biopsie.

- HLG cu formulă: pentru anemie.
- Evaluarea vitaminei $B_{12}$, a acidului folic și a feritinei: dacă este indicată de HLG.
- Examen bacteriologic: poate fi util când candidoza nu este evidentă.
- Biopsia leziunilor suspecte: pentru diagnosticul unei leziuni suspecte (în special cancer sau pemfigus).

### SUGESTII

- Fiți atent la automedicație: aspirina administrată prin sugere pentru durere de dinți paote produce arsura locală a mucoasei.
- Un istoric lung de durere la alimente condimentate sau amare sugerează limba geografică sau glosita romboidală mediană.
- Un copil febril, cu stare generală modificată și cu durere de limbă cauzată de ulerații numeroase are probabil o infecție cu virusl Herpes simplex sau boala mână-gura-picior.
- În cazurile neclare, examinați tegumentele bolnavului pentru a descopri și alte leziuni cutanate (de exemplu, pemfigus, lichen plan).
- Pacienții cu ulceratii aftoase recurente consideră, în mod eronat, că au o deficiență vitaminică – discutați aceste aspecte cu aceștia.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă o ulcerație nu se vindecă în câteva săptămâni de la prezentare, trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist (deși majoritatea leziunilor neoplazice orale sunt inițial nedureroase).
- Marginile limbii geografice își modifică forma în decurs de câteva săptămâni, ceea ce nu se întâmplă în cazul patologiilor mai grave.
- În infestațiile candidozice fără o cauză evidentă, gândiți-vă la un diabet zaharat sau imunosupresie subiacentă.
- Glosodinia produce durere foarte intensă în vârful limbii; „arzătorul" este teroarea stomatologului, simptomul semnificând o depresie subiacentă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HALITOZA

## Privire de ansamblu

Acest simptom comun este cauzat de obicei de o igienă dentară defectuoasă. Ca simptom de prezentare este mult mai frecvent întâlnit de medicul stomatolog. Poate fi descoperit de doctor în cursul examinării pentru alte motive și rareori poate indica o patologie gravă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Igienă dentară defectuoasă.
- Fumat intensiv.
- Gingivită (inclusiv gingivita ulcero-necrotică acută, gingivita acută și cronică).
- Consum de alcool în exces (acut și cronic).
- Abces dentar.

OCAZIONALE

- Cetohalitoza de înfometare – în special la persoanele care urmează regimuri de slăbire bogate în proteine și grăsimi, și sărace în carbohidrați (și preoperator).
- Medicamente (de exemplu, disulfiram).
- Sinuzita acută și cronică.
- Halitoză percepută subiectiv (inexistentă) (uneori, o formă de somatizare).
- BRGE sau gastroenterită cu reflux de gaze.

RARE

- Bronșiectazie.
- Insuficiență hepatica – fetor hepatic (miros de „cadavru deschis"), din cauza mercaptanilor din aerul expirat.
- Halitoza subiectivă halucinatorie din afecțiunile psihice (de exemplu, depresie severă cu nihilism).
- Afecțiuni nazale și orale rare (de exemplu, granulomul piogen, secreția sinusală dintr-un abces).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Igienă dentară defectuoasă* | *Fumat intensiv* | *Gingivită* | *Consum de alcool în exces (acut și cronic)* | *Abces dentar* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere facială/ de maxilar | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Sângerare gingivală | Posibil | Nu | Da | Posibil | Posibil |
| Edem facial | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Modificarea culorii dinților | Da | Posibil | Posibil | Nu | Posibil |
| Intoxicație/semne ale abuzului de alcool | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

Este puțin probabil ca MF să inițieze vreo investigație, în afară de TFH dacă se suspicionează exces de alcool sau insuficiență hepatică. Radiografia toracică poate fi utilă pentru diagnosticul de bronșiectazie. Medicul stomatolog poate recomanda investigații suplimentare.

- Indexul de placă bacteriană și sângerare – pentru evaluarea igienei orale.
- Examinare periodontală – măsurarea adâncimii spațiului între gingii și dinți se efectuează cu o sondă specială.
- Pantomografie orală – pentru evaluarea stării generale a dinților.

### SUGESTII

- Dacă suspectati o problemă dentară, mai degrabă dați pacientului o scrisoare medicală scurtă către stomatolog decât să-i spuneți să-și facă singur o programare la acesta. Astfel, veți fi sigur (și veți avea înregistrat) că ați acordat asistență adecvată și, desigur, veți accelera lucrurile considerabil pentru pacient.
- Majoritatea cazurilor implică igiena dentară; fiți foarte sigur că ați exclus-o ca etiologie, precum și alte cauze fizice, înainte de a decide că halitoza este subiectivă. Ca și în alte forme de somatizare, este de preferat managementul activ – cu un consult psihiatric dacă este necesar.
- Dacă nu descoperiți o cauză orală evidentă, extindeți anamneza și reexaminați pacientul, incluzând sistemele digestiv și respirator.
- Diagnosticul de gingivită ulcerativă necrotizantă acută (ulcero-necrotică) se bazează pe inspecție. Caracteristic este mirosul extrem de neplăcut care se percepe de la distanță.

Scanned with OKEN Scanner

- În absența unei cauze evidente, nu neglijați examinarea capului și a gâtului, inclusiv cavitatea bucală și nazală, pentru a nu omite o cauză locală serioasă.
- Nu uitați că abuzul de alcool poate fi o posibilă cauză subiacentă.
- Dacă impactul simptomului pare disproporționat față de orice semn obiectiv al problemei, luați în considerare depresia.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SÂNGERAREA ȘI DUREREA GINGIVALĂ

## Privire de ansamblu

Cauza principală a acestor probleme este aproape întotdeauna infecția, de obicei cauzată la rândul ei de o igienă dentară defectuoasă. De asemenea, sunt și afecțiuni sistemice care pot cauza aceste simptome. Cu toate că trimiterea la stomatolog este probabil rezultatul final, este important să verificați cauzele generale sau problemele care se pot rezolva ușor înainte de a îndruma pacientul către cabinetul stomatologic.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Gingivită/boală periodontală.
- Gingivita din sarcină.
- Gingivita ulcero-necrotică (GUN) acută: stomatita Vincent.
- Traumatism: proteze dentare cu deficiențe de adaptare.
- Medicamente: supradozaj de warfarină, fenitoină administrată pe termen lung.

OCAZIONALE

- Ulcerații aftoase.
- Gingivostomatită herpetică acută (EBV ocazional).
- Boli autoimune: lichen plan, LES etc.
- Cancer oral (CCS este cel mai frecvent) (*Notă*: poate sângera, dar durerea lipsește).
- Discrazii sangvine (în special leucemia mieloidă acută).

RARE

- Malabsorbție (inclusiv scorbutul).
- Intoxicație cu substanțe chimice: mercur, fosfor, arsenic și plumb.
- Telangiectazia hemoragică ereditară.
- Limfangiomul.
- Hemangiomul cavernos.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Gingivită* | *Sarcină* | *GUN* | *Traumatism* | *Medicamente* |
|---|---|---|---|---|---|
| Gingii tumefiate | Da | Da | Da | Posibil | Posibil |
| Halitoză | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Durere gingivală | Da | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Febră și stare generală alterată | Nu | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Limfadenopatie locală | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă.
**Rareori:** examen bacteriologic, INR, screening pentru boli autoimune, testul Paul-Bunnell.

- HLG cu formulă: pentru discrazii sangvine și malabsorbție.
- Examen bacteriologic: util în infecții.
- INR: se efectuează rapid dacă pacientul este sub tratament cu warfarină.
- Testul Paul-Bunnell: infecția cu EBV poate cauza gingivostomatită.
- Screening pentru boli autoimune: dacă se suspicionează o boală autoimună.

### SUGESTII

- Pacienții cu probleme „dentare" manifeste pot solicita consultul la MF, deoarece consideră serviciile medicului ca fiind mai ieftine sau mai accesibile. Direcționați-l ferm către stomatolog pentru a descuraja consultațiile inutile în viitor.
- Verificați medicația pe care o ia pacientul – pentru a nu omite cauzele iatrogene ale sângerării sau ale sensibilității gingivale.
- Este posibil ca pacienții cu ulcere aftoase să fi citit că problema lor este asociată cu deficiențe vitaminice sau boli sistemice; în asistența primară, acest lucru este întâlnit extrem de rar.
- Gingivita ulcero-necrotică poate fi diagnosticată din momentul în care pacientul intră în cabinetul medical datorită mirosului caracteristic.

- Copiii cu atac primar de gingivostomatită herpetică pot prezenta stare generală alterată și deshidratare. Reexaminați imediat copilul sau trimiteți-l la spital.
- Petești pe palatul moale asociate cu gingivostomatită indică posibilitatea unei infecții cu EBV, a leucemiei acute sau a scorbutului.
- Examinați tegumentele pacientului pentru a nu omite un diagnostic grav: LES, pemfigusul, pemfigoidul, eritemul bulos multiform, epidermoliza buloasă și lichenul plan pot să afecteze cavitatea bucală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TUMEFACȚIILE ORALE

## Privire de ansamblu

Tumefacțiile orale pot fi teritoriu nefamiliar – în parte pentru că este rareori o zonă de expertiză pentru mulți MF și în parte pentru că multe dintre problemele cavității bucale sunt preluate de către, sau prezentate la, stomatolog în primul rând. Dar o parte dintre pacienți vor alege să se prezinte la MF pentru aceste probleme, deci este util ca acesta să aibă cunoștințe și despre această zonă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Abces dentar apical.
- Ulcerație aftoasă.
- Puncte Fordyce (mici papule albe sau gălbui, situate la nivelul buzelor sau al mucoasei jugale de la nivelul vestibulului; sunt, de fapt, glande sebacee).
- Candidoză orală.
- Mucocel (nodul chistic solitar al buzei).

OCAZIONALE

- Lichen plan.
- Traumatism (obraz mușcat).
- Ranula.
- Torus – excrescență osoasă benignă a maxilarului sau a mandibulei (foarte frecventă, dar de obicei asimptomatică).
- Zone premaligne cu modificări de culoare: eritroplazie (roșu), leucoplazie (alb), leucoplazie pătată (roșu și alb) sau leucoplazie verucoasă.
- Limba geografică și limba păroasă.
- Concrețiuni tonsilare.
- Alte forme de ulcerații orale (vezi ulcerațiile orale, pag. 76).

RARE

- Cancer – CCS sau melanom.
- Pahidermie orală (produsă de substanțe iritante).
- Intoxicație cu metale grele (plumb, bismut, fier) – o linie de culoare închisă sub marginea gingivală).
- Cancrum oris.
- Chist dermoid sublingual.
- Tumoră a glandelor sublinguale.
- Pigmentare din cauza anticoncepționalelor orale – zone negre sau maro.



Scanned with OKEN Scanner

- Boala Addison – colorație albăstruie a mucoasei orale.
- Pete Peutz-Jegher – pete maronii pe buze.
- Telangiectazie – poate fi un semn al sindromului Osler-Weber-Rendu.
- Sindrom Stevens-Johnson.

## Barem

| | *Abces dentar apical* | *Ulcerație aftoasă* | *Puncte Fordyce* | *Candidoză orală* | *Mucocel* |
|---|---|---|---|---|---|
| Leziune sensibilă | Da | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Leziune plată | Nu | Da | Nu | Da | Nu |
| Leziuni multiple | Nu | Posibil | Da | Da | Nu |
| Leziuni de culoare alba | Nu | Da | Posibil | Da | Nu |
| Raclarea leziunii | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH, PrCR, feritină, vitamina $B_{12}$ și acid folic, glicemie à jeun, frotiu din leziune, test HIV.
**Rareori:** biopsie (efectuată în spital).

- HLG cu formulă, VSH, PrCR și testul HIV: dacă se suspicionează o deficiență imună; de asemenea, HLG cu formula și VSH sau PrCR sunt utile în cazul unui cancer.
- Feritină, vitamina $B_{12}$ și acid folic: deficiența este uneori asociată cu ulcerații aftoase orale recurente sau cronice (vezi alte investigatii posibile în capitolul „Ulcerațiile orale", pag. 76.
- Glicemie à jeun: pentru un posibil diabet zaharat în cazul unei candidoze orale neexplicate.
- Examen bacteriologic: pentru a confirma candidoza, deși o probă terapeutică poate fi primul pas.
- Biopsie: din leziunile suspicionate – se efectuează la recomandarea medicului specialist.

### SUGESTII

- Ulcerațiile aftoase orale recurente sunt caracteristice unor boli sistemice (de exemplu, boala celiacă, boala Crohn, boala Behçet și SIDA), deci reevaluați istoricul și informațiile obținute la consultațiile repetate.
- Este tentant să administrați antibiotice în cazul unui abces dentar, dar vechea maximă chirurgicală „dacă există puroi, lasă-l să iasă" este încă valabilă. Antibioticele reduc durerea și infecția din jur, dar reprezintă doar o măsură temporară, putând întârzia tratamentul definitiv la cei care încearcă să evite stomatologul, și cresc riscul de complicații. Încurajați pacienții să meargă la stomatolog: o scrisoare medicală poate fi utilă și, de asemenea, poate ajuta la depășirea oricărui obstacol posibil pentru accesul de urgență la acesta.
- Întotdeauna palpați un nodul oral atât în interiorul, cât și din exteriorul cavității bucale. Spălați mănușile înainte de examinare, deoarece pudra de pe mănuși nu are un gust prea plăcut.

Scanned with OKEN Scanner

- Întotdeauna trimiteți la medicul specialist pacienții cu pete de culoare albă sau roșie situate pe mucoasa orală, deoarece biopsia este obligatorie.
- Dacă o ulcerație nu se vindecă în câteva săptămâni, în special dacă nu este dureroasă, trimiteți pacientul la medicul specialist cu suspiciune de cancer.
- Nu uitați să examinați ganglionii limfatici regionali; hipertrofierea acestora, în special dacă sunt persistenți și nedureroși, este o constatare semnificativă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ULCERAȚIILE ORALE

## Privire de ansamblu

De multe ori, acest simptom poate fi derutant pentru MF – în mare parte pentru că are tendința să fie trecut cu vederea sau pentru că este tratat doar pe scurt în timpul pregătirii medicale. În realitate, cauzele comune sunt simplu de detectat și tratat, și este evident important să detectați ocazionalele probleme serioase în stadiile timpurii. Examinarea nu poate fi mai simplă de atât, iar în cazurile mai neclare, pacientul trebuie trimis la medicul stomatolog.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Traumatism.
- Ulceratii aftoase recurente (UAR).
- Gingivita ulcero-necrotică (GUN) acută.
- Candidoză.
- Anemia prin deficiență de fier (de asemenea, deficiența de vitamină $B_{12}$ și acid folic).

OCAZIONALE

- Infecția cu virus Coxsackie: herpangina, boala gură-mână-picior.
- Boala inflamatorie intestinală: colita ulcerativă și boala Crohn.
- Boala celiacă.
- Infecția cu virusul Herpes simplex; zona zoster.
- Mononucleoza infecțioasă (EBV).
- Lichen plan eroziv.

RARE

- Cancer: cu celule scuamoase, al glandelor salivare.
- Boli autoimune: sindromul Behçet, pemfigoid, pemfigus, eritem bulos multiform.
- Șancrul sau goma sifilitică.
- Leucemie, agranulocitoză (poate fi iatrogenică).
- Tuberculoză.
- Infecția cu HIV.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *UAR* | *GUN* | *Candidoză* | *Anemia prin deficiență de fier* |
|---|---|---|---|---|---|
| De obicei grupate | Nu | Da | Posibil | Da | Da |
| Cu plăci bucale | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Sângerarea gingiilor | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Mucoasă palidă | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Recurente | Da | Da | Nu | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă.
**Posibile:** sumar de urină, vitamina $B_{12}$ și acidul folic, screening pentru boala celiacă.
**Rareori:** examen bacteriologic, screening pentru autoanticorpi, serologia sifilisului și a HIV, biopsie.

- HLG cu formulă: investigație de bază pentru anemie și discrazii sangvine.
- Sumar de urină: verificați glicozuria. Diabetul zaharat subiacent predispune la anumite boli infecțioase (în special candidoză).
- Vitamina $B_{12}$ și acidul folic: dacă se suspicionează o deficiență vitaminică (în special dacă MCV este crescut).
- Screening pentru boala celiacă: prezenta anticorpilor antiendomisium și antigliadină sugerează boala celiacă.
- Examen bacteriologic: pentru confirmarea diagnosticului de GUN.
- Screening pentru autoanticorpi și teste HLA: dacă se suspicionează o afecțiune autoimună.
- Serologia sifilisului și a HIV: pentru sifilis sau infecție cu HIV.
- Biopsia: este recomandată de medicul specialist dacă ulcerațiile sunt persistente, iar cauza este neclară.

### SUGESTII

- Gândiți-vă la o deficiență vitaminică sau de fier, în special dacă pacientul prezintă glosită sau cheilită angulară, precum și ulcerații orale.
- La un pacient cu gingii ulcerate și sensibile și halitoză, diagnosticul cel mai probabil este GUN; mirosul se simte încă de la intrarea pacientului în cabinet.
- Pacienții cu UAR cred adesea că suferă de o deficiență vitaminică; în realitate, aceste cazuri sunt rare; abordați acest lucru în discuția cu pacientul și puteți recomanda un test de sânge pentru a-l liniști.
- În cazurile cu etiologie neclară întrebați pacientul despre alte afecțiuni cutanate pe care le prezintă – puteți afla astfel indicii despre diagnostic.
- La un pacient care prezintă ulcerații și hemoragii petesiale pe palatul moale și faringe, diagnosticul cel mai probabil este mononucleoza infecțioasă.

Scanned with OKEN Scanner

- Un ulcer solitar, persistent și nedureros este cel mai probabil de natură malignă – în special la fumători. Trimiteți urgent pacientul la medicul specialist pentru biopsie.
- Întrebați pacientul despre funcționarea intestinului: diareea, durerea abdominală și scaunele cu striuri sangvinolente și mucus sugerează boala inflamatorie intestinală.
- Nu uitati să întrebați pacientul ce tratament medicamentos urmează: discrazia sangvină este un efect secundar rar, dar semnificativ al unor medicamente (de exemplu, săruri de aur, carbimazol), ulcerațiile orale fiind primul semn.
- Candidoza orală este frecventă la persoanele cu sistem imunitar depresat sau la cele care au proteze dentare, dar mult mai rară la cele cu proteze adecvate. În ultimul caz, trebuie să vă gândiți la o afecțiune subiacentă (de exemplu, imunosupresie sau diabet zaharat).

NOTE:

# CEREBRAL

**Amețelile**

**Amnezia**

**Cefaleea**

**Halucinațiile**

**Insomnia**

**Scăderea libidoului**

**Starea confuzională acută**

**Vertijul**

Scanned with OKEN Scanner

# AMEȚELILE

## Privire de ansamblu

Amețeala, care este un simptom frecvent, dar vag, poate fi descrisă în diferite moduri de pacienți diferiți. Se consideră amețeală senzația de confuzie fără iluzia de mișcare caracteristică vertijului. În practică este necesară această diferențiere deoarece cauzele vertijului adevărat sunt diferite – vezi pag. 102. Amețeala tinde să fie un simptom trecut cu vederea fiind atât de frecvent, are atât de multe posibilități de diagnostic, este atât de des legată de anxietate și alte simptome – și foarte des cauza exacta rămâne obscură.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Afecțiuni virale.
- Anxietatea (și hiperventilația).
- Hipoglicemie.
- Hipotensiune posturală (de exemplu, gravide și pacienți vârstnici).
- Insuficiența vertebrobazilară (pacienți vârstnici cu artroză cervicală).

OCAZIONALE
- Intoxicația acută: droguri/alcool.
- Efectele abuzului cronic de alcool.
- Iatrogen: tratament medicamentos (antihipertensive, antidepresive).
- Aritmii cardiace.
- Boală sistemică severă.

RARE
- Stenoza aortică.
- Sindrom de furt subclavicular.
- Convulsii parțiale.
- Boala Addison.
- Intoxicația cu monoxid de carbon (coș blocat).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Infecție virală* | *Hipoglicemie* | *Hipotensiune posturală* | *Insuficiență vertebrobazilară* | *Anxietate* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Nu | Da | Da | Da | Nu |
| Stare de iritabilitate | Nu | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Episodică | Nu | Da | Da | Da | Posibil |
| Este declanșată de schimbarea poziției capului | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Ameliorată în clinostatism | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este nevoie de investigații.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH, glicemie (stick-test).
**Rareori:** EEG, ECG/ECG pe 24 de ore, ecocardiografie, CT.

- Sumar de urină pentru măsurarea nivelului glicemiei (glicozurie): diabetul zaharat poate cauza amețeli, fie prin starea de rău general, fie din cauza unei neuropatii vegetative.
- HLG cu formulă: o anemie subiacentă poate exacerba orice cauză de amețeală; creșterea MCV poate indica abuzul de alcool.
- Ureea, electroliții și TFH merită evaluate dacă se suspicionează o afecțiune sistemică; în particular, Na scăzut și potasiul și ureea crescute în boala Addison; TFH pot fi anormale în abuzul de alcool.
- Măsurarea glicemiei cu stick-testul: poate fi util în punerea diagnosticului de hipoglicemie doar dacă este efectuat în timpul episodului (este dificil de obținut).
- EEG: se efectuează dacă se suspicionează epilepsia parțială (care impune apoi efectuarea unui CT) – la recomandarea medicului specialist.
- ECG/ECG pe 24 de ore: dacă se suspicionează o aritmie.
- Ecocardiografie: dacă se suspicionează stenoza aortică.

### SUGESTII

- Primul pas în anamneză este să se stabilească ce înțelege pacientul prin amețeală și, în mod particular, dacă poate să distingă amețeala de vertijul adevărat.
- Adeseori, amețeala este multifactorială, în special la pacienții vârstnici – deci nu vă așteptați să găsiți o singură patologie subiacentă.
- Dacă diagnosticul nu este evident din anamneză, amețelile sunt cronice și pacientul prezintă o listă de alte simptome la fel de vagi În cazul în care niciun diagnostic clar nu este evident din anamneză, amețelile sunt de lungă durată și pacientul prezintă o listă de alte simptome vagi, dar din punct de vedere obiectiv este destul de bine (de exemplu, fără scădere în greutate), diagnosticul probabil este anxietatea.
- Nu uitați că medicamentele recomandate frecvent pot cauza sau agrava hipotensiunea posturală – revedeți medicamentele luate de pacient.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă pacientul prezintă pierderi episodice ale stării de conștiență, precum și amețeli, probabilitatea unei patologii grave este mult mai mare: investigați pacientul sau trimiteți-l la medicul specialist.
- În cazurile mai dificile, aflați antecedentele heredo-colaterale și tipul de încălzire folosit în locuință. Intoxicația cu monoxid de carbon este „un criminal" adevărat, dar complet evitabil.
- Dacă la auscultația cordului decelați un suflu aortic, trimiteți urgent pacientul la medicul specialist cardiolog. Stenoza aortică semnificativă poate cauza decesul subit.
- Nu uitați că negarea este foarte puternică la alcoolici. Dacă aveți îndoieli, verificați MCV și TFH.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# AMNEZIA

## Privire de ansamblu

Pierderea memoriei (amnezia) este un simptom stresant și periculos atât pentru pacient, cât și pentru persoanele care îl îngrijesc. Cauzele pot fi atât organice, cât și neorganice. Memoria se poate clasifica în: imediată, pe termen scurt (sau recentă) și pe termen lung (la distanță). Tipul de amnezie variază în funcție de cauză. De asemenea, pierderea de memorie este o manifestare a oricărei cauze de confuzie acută; această problemă este descrisă la pag. 99, Starea confuzională acută.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Anxietate/stres.
- Boli depresive.
- Demență (multi-infarct, boala Alzheimer și demența cu o cauză subiacentă, de exemplu tumoră, neurosifilis, hipotiroidie, deficiența de vitamină $B_{12}$ sau acid folic).
- Traumatism cranian.
- AVC (infarct în teritoriul arterei cerebrale posterioare).

OCAZIONALE

- Aportul excesiv cronic de alcool.
- Hemoragie subarahnoidiană.
- Alte deficiențe tiaminice: malabsorbție, carcinom gastric, hiperemezis gravidarum.
- Amnezia globală tranzitorie.
- Starea de fugă disociativă sau amnezia psihogenă.
- Tumori ale ventriculului al treilea sau ale hipotalamusului.

RARE

- Tulburări de personalitate.
- Falsă.
- Epilepsie netratabilă.
- Intoxicația cu monoxid de carbon.
- Encefalita cu virus Herpes simplex.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Demență* | *AVC* | *Depresie* | *Anxietate* |
|---|---|---|---|---|---|
| Conștient de problemă | Posibil | Nu | Posibil | Da | Da |
| Pierderea memoriei recente | Da | Da | Posibil | Da | Da |
| Pierderea memoriei la distanță | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Semne neurologice | Posibil | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Debut brusc | Da | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** (cu excepția depresiei sau a anxietății evidente) HLG cu formulă, TFT, TFH, calciu.
**Posibile:** serologia sifilisului, nivelul vitaminei $B_{12}$ și al folatului, CT/RMN.
**Rareori:** nu.

- HLG cu formulă poate evidenția MCV crescut, ceea ce sugerează abuz de alcool sau deficiență de vitamină $B_{12}$/acid folic. Dacă MCV este crescut, se verifică vitamina $B_{12}$ și acidul folic.
- TFT: hipotiroidia este o cauză importantă și remediabilă a demenței.
- TFH și γ-GT oferă date importante despre abuzul de alcool (anamneza poate fi neconvingătoare).
- Măsurarea nivelului calciului: evidențiază hipo- sau hipercalcemia.
- Serologia sifilisului: pentru evaluarea neurosifilisului ca etiologie a demenței.
- CT/RMN: detectează leziunile ocupatoare de spațiu, bolile cerebrovasculare, atrofia și hemoragia subarahnoidiană.

### SUGESTII

- Adeseori, pacienții care suferă de demență nu sunt conștienți sau neagă amnezia; mai frecvent problema este adusă la cunoștință medicului de un prieten sau o rudă îngrijorată.
- Pacientul care se prezintă singur la medic acuzând amnezie suferă cel mai probabil de depresie sau anxietate.
- Chiar dacă diagnosticul de depresie sau anxietate este evident, pacientul poate fi îngrijorat de posibilitate existenție demenței, care va exacerba problema: liniștiți pacientul explicându-i că problema este cauzată mai degrabă de o problemă de concentrare, .
- Stabilirea debutului oferă indicii prețioase pentru problemă: o demență care progresează lent în unul sau doi ani este cel mai probabil o boală Alzheimer sau multi-infarct. În cazul unui istoric scurt, este posibil să existe o cauză subiacentă; debutul brusc al amneziei este posibil să fie determinat de un eveniment vascular sau traumatism.
- Poate fi dificil de deosebit depresia de anxietate, cele două afecțiuni putând coexista. Luați în considerare administrarea de antidepresive.

Scanned with OKEN Scanner

- Debutul rapid al unei demențe pe o perioadă de 3-6 luni sau mai puțin sugerează o cauză subiacentă.
- Amnezia adevărată după un traumatism cranian sugerează o leziune gravă.
- Depresia la pacienții vârstnici poate mima demența (pseudodemența) cu modificări de comportament cum ar fi tendința de a nu arunca nimic și temperament furios. Nu ratați această afecțiune tratabilă.

NOTE:

# CEFALEEA

## Privire de ansamblu

Există aproape la fel de multe cauze pentru cefalee câte boli sunt descrise în medicină. Acest simptom universal reprezintă o adevărată provocare pentru toți MF deoarece este comun, foarte frecvent neorganic, dar suficient de des grav din punct de vedere patologic pentru a merita o examinare aprofundată și, de obicei, negativă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Cefalee de tensiune (anxietate sau depresie subiacentă).
- Sinuzită frontală.
- Migrenă.
- Spondiloză cervicală.
- Tensiune oculară.

OCAZIONALE

- Orice boală febrilă acută (cauză comună de cefalee, dar de obicei însoțită și de alte simptome).
- Iatrogene (de exemplu, abuz de analgezice, antagoniști ai calciului, nitrați).
- Cefalee cronică cotidiană.
- Hipoglicemie reactivă.
- Stare de fatigabilitate/deprivare de somn (în special la proaspeții părinți).
- Nevralgia de trigemen, sfenopalatin și occipital.
- Arterita temporală.
- Sindrom postcontuzional.
- Migrena legată de menstruație (10-14% dintre femei).

RARE

- Cefaleea tip cluster.
- Leziuni intracraniene (de exemplu, carcinom, abces, hematom, hipertensiune intracraniană benignă).
- Meningită.
- Hemoragie intracerebrală.
- Intoxicația cu monoxid de carbon.
- Boala Paget a craniului.
- Hipertensiunea arterială severă.
- Preeclampsia.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Tensiune* | *Sinuzită frontală* | *Migrenă* | *Spondiloza cervicală* | *Tensiune oculară* |
|---|---|---|---|---|---|
| Se agravează în clinostatism | Nu | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Congestie nazală | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Se agravează la mișcarea gâtului | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Sensibilitate într-un punct dureros | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Unilaterală | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH.
**Rareori:** uree și electroliți, fosfataza alcalină, radiografie de sinusuri, coloană cervicală sau craniu, CT, puncție lombară.

- HLG cu formulă: leucocitoză în abces și sinuzită; VSH-ul este important dacă se suspectează arterita.
- Uree și electroliți: tulburări ale $Na^+/K^+$ în tumorile hipofizare, fosfataza alcalină crește în boala Paget.
- Examen radiologic: poate evidenția nivel de lichid în sinuzită (rareori util în diagnostic). Poate confirma spondiloza cervicală și boala Paget.
- CT: pentru a exclude leziunile intracraniene.
- Puncția lombară: în suspiciunea de meningită; de asemenea, este utilă în diagnosticul hipertensiunii intracraniene benigne.

### SUGESTII

- Aflați și investigați temerile pacientului – cei mai mulți se gândesc la patologii grave, de exemplu o tumoră craniană, și pot fi nemulțumiți de consultație dacă această îngrijorare specifică nu este abordată.
- O altă îngrijorare frecventă este hipertensiunea arterială. Pacientul se așteaptă să-i fie verificată tensiunea arterială, chiar dacă aproape întotdeauna aceasta nu este cauza cefaleei.
- În mod paradoxal, analgezicele pot exacerba cefaleea de tensiune. Este mai constructiv să adoptați abordări alternative, cum sunt tehnicile de relaxare sau antidepresivele.
- Cefaleea cauzată de o leziune intracraniană produce de obicei și alte simptome și semne neurologice.

Scanned with OKEN Scanner

- Se suspicionează o hemoragie subarahnoidiană dacă pacientul are un istoric de cefalee explozivă brusc instalată. Este descrisă adesea ca „o explozie în cap".
- Dacă se suspicionează o arterită temporală, aplicați tratament imediat. VSH-ul oferă doar o confirmare retrospectivă.
- Acordați mare atenție gravidelor care acuză cefalee în trimestrul al treilea de sarcină: verificați tensiunea arterială, prezența sau absența edemelor gambiere și sumarul de urină. Cefaleea, în special însoțită de tulburări de vedere, poate fi un simptom de preeclampsie.
- O cefalee nou instalată, de intensitate crescândă, prezentă la trezirea din somn, poate fi cauzată de creșterea presiunii intracraniene. Verificați dacă pacientul prezintă alte semne și simptome, și recomandați internarea în spital dacă aveți vreun dubiu.
- Dacă o durere de cap pare să fie o migrenă, atunci este o migrenă, indiferent de vârstă. Cu toate acestea, evitați să puneți acest diagnostic la persoanele în vârstă, fără a exclude mai întâi cauze mai grave.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HALUCINAȚIILE

## Privire de ansamblu

Halucinația este percepția senzorială care apare în absența unui stimul extern. Trebuie deosebită de iluzie, care reprezintă distorsionarea unei percepții senzoriale. Halucinațiile pot apărea în orice modalitate senzorială și pot fi prezente izolat sau ca parte a unei probleme clinice mai extinse (în special un status confuzional acut). Adesea, halucinația este o experiență foarte înfricoșătoare pentru pacient.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Droguri (amfetamină, cocaină, LSD, ecstasy, solvenți și triciclice în supradoză) și sevrajul la droguri.
- Oboseală extremă.
- Halucinoza alcoolică (delirium tremens în sevrajul acut la alcool).
- Delirul febril.
- Schizofrenia.

OCAZIONALE

- Tulburări metabolice severe de orice cauză.
- Epilepsia de lob temporal.
- Leziuni cerebrale ocupatoare de spațiu.
- Depresia psihotică.
- Reacția la doliu.
- Hipoxia.

RARE

- Narcolepsia.
- Mania.
- Status postcontuzional.
- Iatrogen: reacție medicamentoasă adversă idiosincrazică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Medicamente* | *Oboseală* | *Sevraj la alcool* | *Delir febril* | *Schizofrenia* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Da | Posibil | Da | Da | Nu |
| Tremor | Posibil | Nu | Da | Posibil | Nu |
| În special halucinații auditive | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Tahicardie | Posibil | Nu | Da | Da | Nu |
| Afectarea funcției cognitive | Da | Posibil | Da | Da | Nu |

## Investigații de laborator

MF recomandă investigațiile în funcție de tabloul clinic. Dacă halucinațiile însoțesc o stare confuzională acută, în special la adulți, pacientul trebuie internat în spital, unde va face o baterie de teste pentru a afla, de exemplu, cauza febrei, a hipoxiei sau a tulburărilor metabolice. Investigațiile enumerate în continuare trebuie recomandate de MF pacienților care nu necesită internare în spital sau care nu au simptome acute.

- Sumarul de urină: foarte utilizat în cazuri acute, în special la pacienții vârstnici. Se pot evidenția ITU, status cetozic hiperglicemic sau deshidratare severă.
- Stick-test pentru glicemie: la un diabetic cunoscut sau în caz de glicozurie.
- HLG cu formulă și TFH: creșterea MVC și TFH anormale sugerează excesul cronic de alcool.
- Uree și electroliți: pot evidenția o tulburare electrolitică subiacentă.
- EEG: poate sugera diagnosticul de epilepsie de lob temporal sau narcolepsie.
- CT: testul definitiv pentru o leziune cerebrală ocupatoare de spațiu.

### SUGESTII

- La copii, delirul însoțit de febră este destul de comun, în special noaptea și nu este un semn de prognostic nefavorabil; evaluați posibilele cauze ale febrei prin metodele obișnuite; când cauza nu este gravă, liniștiți părinții deoarece ei pot fi înspăimântați de halucinațiile prezentate de copil.
- Pacienții care prezintă anxietate, tulburări de personalitate sau de tip borderline se pot plânge uneori de halucinații auditive deoarece experiența le-a spus că aceasta determină cadrele medicale să acționeze. Halucinațiile auditive adevărate provoacă de obicei disconfort și deseori la persoana a doua (depresie psihotică) sau persoana a treia (schizofrenie) – și sunt acompaniate de alte dovezi clare de boală mintală
- Halucinațiile auditive și vizuale minore și tranzitorii sunt normale la cei care tocmai au pierdut o persoană foarte apropiată, dar pacientul va avea nevoie de reasigurări că nu „o ia razna".

Scanned with OKEN Scanner

- Halucinațiile cauzate de droguri sau de sevrajul la alcool sau droguri pot fi terifiante și periculoase pentru pacient, astfel că internarea în spital este necesară.
- Halucinațiile auditive sugerează o boală psihică, în special schizofrenia sau depresia; halucinațiile vizuale sunt aproape întotdeauna de natură organică.
- Halucinațiile olfactive pure sunt patognomonice pentru patologia lobului temporal și necesită evaluare de urgență.
- Halucinațiile tactile sunt foarte sugestive pentru sevrajul acut la alcool și abuzul ocazional de cocaină.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# INSOMNIA

## Privire de ansamblu

Această problemă este comună la femei și frecventă la vârstnici. Necesarul de somn variază în funcție de persoană, unele având nevoie doar de 3-4 ore de somn pe noapte. Cantitatea medie de somn scade odată cu înaintarea în vârstă. Se consideră că autoraportarea timpului necesar pentru a adormi și orele de somn sunt inexacte, dar în practică este semnificativă modificarea tiparului normal de somn al individului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Anxietatea determinată de stres psihologic ecxesiv (serviciu, relații umane, bani).
- Depresie clinică.
- Consum cronic de alcool.
- Igienă deficitară a somnului (de exemplu, cofeină, nicotină, medicamente, filme TV excitante) și perioade de somn în timpul zilei.
- Durere cauzată de afecțiuni cronice (de exemplu, artroză).

OCAZIONALE

- Transpirații și bufeuri cauzate de menopauză.
- Nicturie (de exemplu, prostatism).
- Probleme externe (de exemplu, partener care sforăie, copii care tulbură somnul părinților).
- Tulburarea bioritmului: jet-lag sau lucrul în schimburi.
- Probleme respiratorii: astm bronșic, boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), insuficiență ventriculară stângă (IVS).
- Sevrajul la benzodiazepine.

RARE

- Malnutriție și subponderalitate.
- Sindromul de stres posttraumatic.
- Parasomnii: coșmaruri, terori nocturne, somnambulism.
- Hipertiroidie.
- Sindrom maniacal.
- Apneea în somn (pacientul se prezintă de obicei ca fiind „obosit tot timpul". Doar 30% sunt conștienți de starea de veghe).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Stres* | *Depresie* | *Alcool* | *Igienă deficitară a somnului* | *Durere* |
|---|---|---|---|---|---|
| Pacientul adoarme cu greutate | Da | Posibil | Posibil | Da | Posibil |
| Trezire de dimineață devreme | Posibil | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Stare de dispoziție afectată | Posibil | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Asociere cu o boală fizică | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Scădere în greutate | Posibil | Posibil | Nu | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, TFH, TFT.
**Rareori:** investigarea primului simptom care determină insomnia (vezi mai jos).

- HLG (MCV), TFH și γ-GT evidențiază consumul excesiv de alcool.
- TSH diferențiază statusul anxios nonorganic de tireotoxicoză.

*Notă*: durerea, nicturia, problemele respiratorii și apneea în somn pot necesita investigații de sine-stătătoare.

### SUGESTII

- Descoperiți orice problemă fizică subiacentă, de exemplu durerea sau nicturia, și tratați după caz – este inutilă adoptarea unei abordări a „igienei somnului" atunci când problema este în primul rând fizică.
- Nu uitați rolul alcoolului; acesta este frecvent cauza subiacentă sau contributorie, de multe ori este consumat de pacient pentru a putea adormi.
- Dacă diagnosticul pare a fi tensiunea sau igiena deficitară a somnului, stabiliți programul pacientului din timp. Pacienții care pur și simplu doresc somnifere probabil că nu vor asculta sfaturile bine intenționate până când această problemă nu este discutată și rezolvată.
- Explicați pacienților vârstnici că durata somnului scade cu înaintarea în vârstă și de aceea nu le recomandați somnul în timpul zilei.

Scanned with OKEN Scanner

- Persoanele care lucrează în schimburi au risc crescut de a dezvolta depresie clinică. Evaluați cu atenție persoanele cu insomnie care lucrează în schimburi.
- Fiți atent la bărbații tineri, rezidenți noi, care se prezintă la dumneavoastră pentru insomnie; pot fi consumatori de droguri care încearcă să obțină rețetă pentru benzodiazepine.
- Durerea articulară sau osoasă care trezește din somn un pacient vârstnic poate fi semnificativă. La un pacient cunoscut cu artroză se poate recomanda protezarea articulară; la alți pacienți patologia poate fi foarte gravă.
- Tratați foarte serios această problemă chiar dacă etiologia pare simplă sau evidentă (de exemplu, sforăitul unui pacient) – insomnia poate fi extrem de debilitantă, iar în momentul în care pacienții ajung la medic s-ar putea ca ei să fie disperați după ajutor.
- Anxietatea și scăderea severă în greutate asociate cu transpirații și tahicardie sugerează hipertiroidia. Verificați nivelul TSH-ului înainte de a decide că insomnia este nonorganică.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SCĂDEREA LIBIDOULUI

## Privire de ansamblu

Scăderea libidoului poate fi o problemă provocatoare atât pentru un MF cu experiență cât și pentru unul aflat la început. Această problemă universală afectează adulții de ambele sexe. Școală medicală convențională pare să nu reușească să pregătească medicul generalist pentru această problemă; cu toate acestea, abordarea didactică de cercetare sistematică și examinarea reprezintă cheia pentru tratamentul pierderii libidoului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Depresie.
- Probleme în cuplu.
- Perimenopauză.
- Consum excesiv de alcool (și cioroza la bărbați).
- Îmbatrânirea.

OCAZIONALE

- Hipotiroidie.
- Tratament antihipertensiv la bărbați.
- Medicamente cu acțiune hiperprolactinemică la bărbați (de exemplu, fenotiazine, haloperidol).
- Medicamente cu acțiune antiandrogenică la bărbați (de exemplu, cimetidină, finasterid).
- Medicamente cu acțiune antiandrogenică la femei (de exemplu, ciproteron).

RARE

- Boli hipotalamice/hipofizare.
- Insuficiență renală.
- Boli sau leziuni testiculare primare.
- Boli suprarenaliene (boala Cushing sau boala Addison).
- Tumori feminizante la bărbați: testiculare sau ale glandelor suprarenale.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Depresie* | *Probleme în cuplu* | *Perimenopauză* | *Alcool* | *Îmbătrânire* |
|---|---|---|---|---|---|
| Oboseală excesivă | Da | Posibil | Da | Posibil | Posibil |
| Modificări iraționale de dispoziție | Da | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Înroșirea feței | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Modificări cu un partener diferit | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Stare generală bună în rest | Nu | Da | Posibil | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații de laborator.
**Posibile:** HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH, TFT.
**Rareori:** profil hormonal.

- HLG: poate evidenția semne de boală generalizată; MCV este crescut în consumul exagerat de alcool.
- Uree și electroliți: se verifică în insuficiența renală. Nivelul $Na^+$ și al $K^+$ sunt modificate în boala suprarenaliană.
- TFH și γ-GT: modificate în consumul excesiv de alcool.
- TFT: demonstrează hipotiroidia.
- Profilul hormonal: nivelurile FSH/LH, ale prolactinei, ale estradiolului și ale testosteronului sunt utile la ambele sexe; este alterat în boli endocrine primare, consum de droguri și de alcool.

### SUGESTII

- Acest lucru este de multe ori un simptom din categoria „ah, și dacă tot sunt aici". Poate fi tentant să propuneți pacientului să vină la o nouă programare pentru acest lucru, dar țineți minte că acest lucru s-ar putea să fie o oportunitate ratată de a ajuta un pacient.
- Examinarea generală este importantă pentru a descoperi cauzele rare. Acest lucru demonstrează, de asemenea, că problema este luată în serios.
- Evitați supramedicamentația în cazul în care este în mod clar o problemă de relație în cuplu.
- Fiți pregătit să revizuiți sau să îmbunătățiți diagnosticul – problema este adesea multifactorială.
- Nu uitați de cauzele iatrogene și fiți pregătit pentru o problemă fără un tratament evident.

Scanned with OKEN Scanner

- Pierderea libidoului poate fi „vârful aisbergului" unei patologii grave, de exemplu depresia sau alcoolismul – nu vă lăsați păcăliți de o abordare superficială.
- Depresia și dificultățile în cuplu se pot provoca reciproc și pot coexista. O anamneză minuțioasă va arăta dacă antidepresivele și/sau consilierea psihosexuală sunt necesare.
- Adeseori, testele de laborator nu sunt de ajutor – dar dacă pacientul pare că nu se simte bine și evident nu este în depresie, se pot face teste sangvine,
- Hipotiroidia timpurie imită îndeaproape bolile depresive.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# STAREA CONFUZIONALĂ ACUTĂ

## Privire de ansamblu

Starea de confuzie poate avea sute de posibile cauze individuale. Pacienții cu stare de confuzie acută sunt de obicei vârstnici și se prezintă în cabinet după orele de program prin intermediul unui apel din partea unei rude sau unui vecin anxios . Demențele reprezintă stări confuzionale cronice și nu sunt prezentate în această carte.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Hipoxia (respiratorie și cardiacă).
- Infecție sistemică.
- Accident vascular cerebral [AVC; atac ischemic tranzitor (AIT)].
- Hipoglicemie.
- Cetoacidoză diabetică.

OCAZIONALE

- Sevrajul sau intoxicația cu alcool.
- Infecția cerebrală.
- Tulburări electrolitice și uremia.
- Iatrogenă (de exemplu, digoxin, diuretice, corticosteroizi și opiacee).
- Mixedem.
- Abuzul de droguri.

RARE

- Encefalopatia Wernicke.
- Tumoră cerebrală.
- Hipo- sau hiperparatiroidie.
- Boala Cushing.
- Status postictal.
- Intoxicația cu monoxid de carbon.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hipoxie* | *Infecție* | *AVC* | *Hipoglicemie* | *Cetoacidoză diabetică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Cianoză centrală | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Febră | Posibil | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Slăbiciune focală | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Cetohalitoză | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Tahipnee | Da | Da | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

Starea de confuzie acută are atât de multe posibile cauze și moduri de prezentare încât este dificil să se elaboreze un ghid de investigații pentru a fi util MF. Anumite investigații trebuie efectuate în funcție de tabloul clinic și de circumstanțele sociale; totuși, în majoritatea cazurilor, pacienții sunt internați în spital, testele necesare fiind recomandate de medicul specialist.

**Necesare:** sumar de urină, glicemie (în special stick-test).

**Posibile:** HLG cu formulă, radiografie toracică, ECG, enzime cardiace, TFT.

**Rareori:** nivelul calciului și al digoxinului, CT.

- Sumarul de urină este un test foarte util: se măsoară nivelul glucozei și al cetonelor, densitatea specifică (deshidratare), prezența puroiului, a sângelui și a nitriților în ITU. Cetonele singure sunt prezente în caz de înfometare și, posibil, hipoglicemie.
- Stick-testul pentru glicemie este mult mai practic decât examenul clasic de măsurare a glucozei sangvine în situațiile acute pentru diagnosticarea hipo- și a hiperglicemiilor.
- HLG cu formulă: leucocitoză în infecții; creșterea MCV este un indicator al excesului de alcool și al mixedemului.
- Uree și electroliți: reprezintă un test important, în special dacă sunt semne de deshidratare sau pacientul primește tratament diuretic.
- TFH și TFT: trebuie luate în considerare alcoolul, metastazele și hipotiroidia.
- Radiografia toracică: poate evidenția o cauză a hipoxemiei (de exemplu, pneumonie, insuficiență cardiacă).
- ECG, enzime cardiace: dacă se suspectează un infarct miocardic silențios.
- Calciul: pentru a detecta un posibil hipo- sau hiperparatiroidism.
- Nivelul digoxinului: dacă se suspectează o intoxicație cu digoxin.
- CT: în starea de confuzie acută este o investigație care se face doar la pacientul spitalizat; poate evidenția leziuni ocupatoare de spațiu, hemoragii sau infarct.

### SUGESTII

- Cheia tratamentului este stabilirea caracterului stării confuzionale: acut față de deteriorare graduală a funcției cognitive, lucru care se realizează printr-o anamneză minuțioasă obținută de la o persoană care cunoaște bine pacientul.
- Nu omiteți istoricul medicamentos al pacientului; dacă la vizită obțineți o cât de mică informație, cercetați dulapul de medicamente al pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

- În starea confuzională acută pot fi dificil de obținut informații clinice utile din anamneză; prin urmare, examinarea fizică are o mai mare importanță decât în mod obișnuit.

- Teoretic este imposibil să se obțină un diagnostic ferm și să se trateze pacientul acasă în siguranță. Fiți foarte sigur pe dumneavoastră când alegeți să nu internați pacientul.
- Cianoza centrală este un semn de evoluție nefavorabilă. Administrați oxigen pacientului și sunați la 112.
- În cazul unui pacient diabetic aflat sub tratament verificați întotdeauna glicemia – nu uitați că hipoglicemia poate produce stare de confuzie cu semne neurologice, imitând un AVC.
- Răspunsurile fiziologice modificate în cazul pacienților vârstnici pot determina temperatură și puls normale chiar în prezența unei infecții semnificative. Nu vă lăsați induși în eroare!
- Aflați dacă și alți membri ai familiei prezintă simptome – intoxicația cu monoxid de carbon poate afecta și alte persoane.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# VERTIJUL

## Privire de ansamblu

Vertijul este definit ca senzația de deplasare în raport cu spațiul înconjurător sau a spațiului în raport cu corpul. Este atât vizual, cât și pozițional. Se asociază frecvent cu greață și vărsături și, în forma acută, este un simptom sever și complet dizabilitant. Trebuie deosebit de senzația de „amețeală" (vezi pag. 81).

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Cauze virale: neuronita vestibulară sau labirintita.
- Vertij pozițional benign.
- Ischemia vertebro-bazilară.
- Disfuncția trompei lui Eustachio (TE) (cauzează vertij ușor).
- Boala Ménière.

OCAZIONALE

- Otita medie cronică.
- Medicamente: salicilați, chinină, aminoglicozide.
- Intoxicația acută cu alcool (comună, dar este puțin probabil ca pacientul să se prezinte la MF).
- Migrenă.
- Epilepsie.

RARE

- Cerumen (o problemă comună, dar cauză rară de vertij).
- Sifilis.
- Neurinom de acustic.
- Carcinom nazofaringian.
- Afecțiuni neurologice [de exemplu, scleroza multiplă (SM), tromboza arterei cerebelare posterioare inferioare, siringobulbia, tumori cerebelare].
- Posttraumatic.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Boala Ménière* | *Cauze virale* | *Poziţional benign* | *Ischemia vertebro-bazilară* | *Disfuncţia TE* |
|---|---|---|---|---|---|
| Tinitus | Da | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Debut rapid, sever | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Trecător | Nu | Nu | Da | Posibil | Posibil |
| Boli virale asociate | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Recurent | Da | Nu | Da | Posibil | Nu |

## Investigaţii de laborator

Nu se recomandă efectuarea de investigaţii în îngrijirea primară. Medicul specialist va recomanda o serie de teste, cum ar fi audiometria pentru funcţia cohleară, electronistagmografia, calorimetria şi potenţiale evocate de trunchi cerebral pentru evaluarea funcţiei vestibulare, CT sau RMN pentru posibile afecţiuni neurologice, EEG pentru suspiciunea de epilepsie, puncţia lombară în suspiciunea de SM şi serologia sifilisului dacă se suspicionează sifilisul.

### SUGESTII

- Efectuaţi o anamneză minuţioasă: pacientul poate utiliza inadecvat termenul de vertij sau poate descrie un vertij adevărat ca fiind o ameţeală simplă. Posibilităţile de diagnostic pentru ameţeala vagă şi vertijul real sunt destul de diferite.
- Majoritatea cazurilor care se prezintă la MF sunt virale, vertij poziţional benign sau boala Ménière.
- Se pare că boala Ménière este supradiagnosticată. Presupune paroxisme violente de vertij care durează câteva ore, asociate cu surditate şi tinitus, necesitând adeseori atenţie medicală de urgenţă din cauza stării de prostraţie şi vărsăturilor.
- Vertijul poziţional benign este de obicei uşor de diagnosticat cu ajutorul anamnezei: pacientul prezintă vertij care durează doar câteva secunde, în mod clasic la schimbarea poziţiei în pat.

Scanned with OKEN Scanner

- Nistagmusul persistent sau vertical, sau prezența altor semne și simptome neurologice, sugerează o cauză neurologică, centrală.
- Pacientul cu otită medie cronică care dezvoltă apoi un vertij probabil că are o boală gravă – în special dacă este pozitiv semnul fistulei (se crește presiunea în conductul auditiv extern ceea ce duce la apariția senzației de vertij). Se trimite de urgență pacientul la specialist.
- Pacienții tineri sau de vârstă mijlocie cu vertij episodic, atipic și care prezintă și alte simptome neurologice difuze și tranzitorii pot suferi de SM.
- Pierderea stării de conștiență asociată cu vertijul sugerează epilepsia.
- Neurinomul de acustic poate produce un vertij ușor. Aveți în vedere această posibilitate dacă pacientul prezintă și surditate neurosenzorială unilaterală și tinitus.
- Surditatea unilaterală completă, brusc instalată, asociată cu vertij sugerează un episod ischemic acut – necesită consultul imediat al medicului specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

# FAȚĂ

## Durerea facială

## Edemul facial

## Erupțiile faciale

## Ulcerații și vezicule faciale

# DUREREA FACIALĂ

## Privire de ansamblu

Durerea facială este cauzată fie de afecțiuni locale ale oricărei structuri majore de la acest nivel, fie de boli care afectează inervația. Ultimele pot apărea oriunde între fosa posterioară și capătul terminal al nervului trigemen. O examinare adecvată nu este dificilă și este mai rapidă pentru că nu este necesar ca pacientul să se dezbrace.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Sinuzită frontală/maxilară.
- Nevralgia de trigemen (NT).
- Abces dentar.
- Disfuncția articulației temporo-mandibulare.
- Zona zoster.

OCAZIONALE

- Cefalee tip cluster (nevralgia migrenoasă periodică).
- Arterita temporală.
- Glanda parotidă: oreion, abces sau obstrucția canalului parotidian (calcul/tumoră).
- Spondiloză cervicală.
- Osteită sau chist mandibular sau maxilar.
- Celulită.

RARE

- Scleroza multiplă.
- Durere facială atipică.
- Cancer nazo-faringian sau lingual.
- Tumori de fosă posterioară.
- Meningită și tabes dorsalis.
- Glaucom și irită.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Sinuzită* | *NT* | *Abces dentar* | *Disfuncția articulației temporo-mandibulare* | *Zona zoster* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră și stare generală alterată | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Limfadenopatie | Posibil | Nu | Da | Nu | Da |
| Durerea se agravează la aplecare | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Durere la atingerea dinților | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |
| Durere lancinantă | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** investigațiile nu sunt necesare.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, radiografie de sinusuri.
**Rareori:** radiografia articulației temporo-mandibulare, biopsia de arteră temporală, sialogramă, CT/RMN.

- HLG: numărul de leucocite și VSH/PrCR sunt crescute în infecții; VSH/PrCR cresc în arterita temporală și tumori (VSH-ul este mai util decât PrCR în suspiciunea de arterită temporală).
- Examen radiologic: radiografia sinusurilor este mai puțin importantă în sinuzita acută, dar poate fi de ajutor în durerea cronică pentru evaluarea unei sinuzite cronice sau a unei tumori; radiografia articulației temporo-mandibulare și filmul dentar simplu pentru diagnosticarea unui abces sunt recomandate de obicei de dentist; sialograma parotidiană este utilă pentru calculi/tumori.
- Biopsia de arteră temporală: pentru diagnosticul de arterită temporală.
- CT/RMN: pentru examinarea fosei craniene posterioare și a ganglionului Gasser – o investigație specializată.

### SUGESTII

- Nu exagerați cu diagnosticul de sinuzită – multe dintre IACRS pot produce durere facială ușoară prin efect de vacuum.
- Zona zoster poate produce durere înainte de apariția erupției – în cazul unei dureri faciale unilaterale cu debut acut, neexplicată, avertizați pacientul că poate să dezvolte ulterior o erupție veziculoasă.
- În cazul unui abces dentar, trimiteți pacientul la stomatolog (fără a încerca tratarea abcesului) pentru a fi investigat, tratat și monitorizat adecvat – și pentru a încuraja pacientul să se adreseze în viitor medicului potrivit.

Scanned with OKEN Scanner

- Atunci când nu se poate găsi o cauză evidentă pentru durerea facială persistentă, pacientul trebuie trimis la medicul specialist pentru a exclude o afecțiune gravă.
- De obicei, nevralgia de trigemen este idiopatică, dar poate avea o cauză gravă, în special dacă se asociază cu tulburări motorii sau alte semne și simptome neurologice.
- Arterita temporală este un diagnostic clinic. Se tratează imediat cu doze mari de corticosteroizi pentru a preveni pierderea vederii. VSH-ul doar confirmă retrospectiv afecțiunea.
- Dacă durerea facială temporală se asociază cu ochi roșu și dureros, poate fi vorba de glaucom, irită sau celulită. Trimiteți imediat pacientul la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EDEMUL FACIAL

## Privire de ansamblu

Acest capitol se referă la cauzele "interne" ale edemului facial și nu la afecțiunile cutanate superficiale, care sunt tratate în alte secțiuni (vezi pag. 61). Edemul sau tumefacția facială creează îngrijorare pacientului din cauza desfigurării pe care o produce și care este imposibil de ascuns. De asemenea, afecțiunile care îl cauzează sunt și ele foarte dureroase.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Oreion (parotidită virală).
- Edem angioneurotic (alergie).
- Abcesul dentar.
- Traumatism (în special fractura de os zigomatic).
- Calcul salivar.

OCAZIONALE

- Parotidită bacteriană.
- Celulită (inclusiv orbitală).
- Hipertrofie de maseter (cauzată de bruxism).
- Chist dentar.
- Mixedem.
- Zona zoster (inițial se poate manifesta prin edem, înainte de apariția veziculelor).

RARE

- Tumoră parotidiană.
- Sarcom maxilar sau mandibular.
- Sindrom Cushing.
- Carcinom nazo-faringian.
- Limfom Burkitt.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Oreion* | *Edem angioneurotic* | *Abces dentar* | *Traumatism* | *Calcul parotidian* |
|---|---|---|---|---|---|
| Bilateral | Da | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Tumefacția apare la masă | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Eritem cutanat | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Durere la atingerea dinților | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Febră | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** radiografie facială (în cazul unui traumatism).
**Posibile:** TFT (dacă pacientul are aspect mixedematos).
**Rareori:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, sialogramă.

- Radiografia facială simplă este importantă în cazul unui traumatism (incidența depinde de localizare); de asemenea, poate evidenția o tumoră osoasă (rareori).
- TFT, HLG cu formulă, VSH/PrCR: TFT pentru hipotiroidism; leucocitoză în infecții; VSH/PrCR cresc în infecții și tumori.
- Sialograma parotidiană va arăta obstrucția canalului salivar (calcul, tumoră).

### SUGESTII

- Disfonia recent instalată asociată cu edemul feței necesită investigare promptă pentru hipotiroidism.
- Nu supradiagnosticați oreionul la copii: de la apariția vaccinării anti-parotidită epidemică, numărul de îmbolnăviri a scăzut foarte mult; adenita cervicală este mult mai probabilă.
- Ori de câte ori este posibil, trimiteți pacientul cu probleme dentare la medicul dentist, care îi va prescrie antibioticele și analgezicele necesare.

Scanned with OKEN Scanner

- Edemul facial nedureros și progresiv sugerează o tumoră sau un chist dentar, pentru care se recomandă trimiterea de urgență la serviciul de chirurgie buco-maxilo-facială.
- Secreția nazală sangvinolentă în asociere cu edem facial unilateral pot indica prezența unui cancer.
- Angioedemul grav poate produce obstrucția tractului respirator; se tratează la fel ca șocul anafilactic.
- Celulita orbitală necesită evaluare urgentă și tratament antibiotic intravenos.
- Tumefacția glandei parotide asociată cu pareză facială sugerează prezența unei tumori parotidiene cu implicarea nervului facial.
- Suspiciunea de zona zoster în teritotriul ramurei faciale a nervului trigemen impune administrarea urgentă a tratamentului antiviral și trimiterea la medicul oftalmolog.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ERUPȚIILE FACIALE

## Privire de ansamblu

Spre deosebire de alte capitole despre boli cutanate din această carte, acesta este prezentat în funcție de distribuția erupției, deoarece este un simptom de prezentare comun, cu diagnostic diferențial extins și care produce disconfort semnificativ pacientului din cauza impactului cosmetic. Uneori, pot fi cauzate de, sau reprezintă, o patologie gravă. Leziunile faciale unice – de exemplu, carcinomul cu celule bazale – nu sunt prezentate în acest capitol.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Acnee.
- Rozacee.
- Eczema seboreică.
- Impetigo.
- Dermatita perioralã.

OCAZIONALE

- Cloasma.
- Sicoza bărbii.
- Efecte secundare ale medicamentelor – în special fototoxicitatea.
- Infecție – de exemplu, zona zoster, herpes simplex, celulita, varicela, sindromul „obrazului pălmuit".
- Eczema alergică.
- Acneea excoriată.
- Hipo- și hiperpigmentare postinflamatorie.
- Pitiriazis alba.
- Petești cauzate de tuse/vărsături/efort.
- Alte afecțiuni cutanate sistemice, de exemplu, psoriazis, vitiligo.

RARE

- Sindrom Stevens-Johnson.
- LES.
- Flush mitral.
- Scleroza tuberoasă.
- Lupus vulgar.
- Sarcoidoză.
- Dermatomiozită.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Acnee* | *Rozacee* | *Eczemă seboreică* | *Impetigo* | *Dermatită periorală* |
|---|---|---|---|---|---|
| În special perioral | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Erupție cu altă localizare | Posibil | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Vârsta > 40 de ani | Nu | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| Papule și pustule | Da | Da | Nu | Posibil | Da |
| Răspuns rapid la antibiotice | Nu | Da | Nu | Da | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH, autoanticorpi, CPK.
**Rareori:** examen bacteriologic sau virusologic, biopsie cutanată, biopsie musculară.

- HLG cu formulă: numărul de leucocite crește în orice infecție; anemie normocromă, normocitară în LES.
- VSH, autoanticorpi: VSH poate fi crescut în infecție sau LES, autoanticorpi pozitivi în LES.
- CPK: nivel crescut în dermatomiozită.
- Examen virusologic sau bacteriologic: sunt de ajutor în cazurile neclare sau dacă se suspectează o infecție.
- Biopsie cutanată: pentru suspiciune de lupus vulgaris sau sarcoidoză; biopsie musculară: pentru confirmarea dermatomiozitei.

### SUGESTII

- Nu subestimați posibilul impact al rash-ului facial asupra vieții pacientului. Efectul cosmetic poate fi devastator.
- O probă terapeutică în acnee poate dura aproximativ trei luni până la apariția efectului – informați pacientul despre acest lucru.
- Impetigo poate reprezenta suprainfecția unei probleme cutanate subiacente, cum este eczema, care necesită, la rândul ei, tratament.
- Verificați ce medicamente eliberate fără rețetă a luat pacientul. Nu uitați că unguentul cu hidrocortizon 1% este eliberat fără rețetă – utilizarea inadecvată poate agrava rozaceea sau dermatita periorală.
- Părinții sunt speriati de erupțiile cutanate care nu se decolorează. Ei pot fi asigurați că o astfel de erupție cutanată limitată la față (într-adevăr, limitată la întreaga zonă de distribuție a venei cave superioare) nu este cauzată de meningită.

Scanned with OKEN Scanner

- Un pacient vârstnic care acuză o „arsură solară" gravă poate prezenta o reacție fototoxică – verificați istoricul medicamentos.
- Un eritem facial unilateral neexplicat, cu debut acut și asociat cu edem ușor, apărut la un pacient vârstnic poate fi semnul unei celulite sau al zonei zoster.
- Avertizați pacienții cu zona zoster facială sau infecție herpetică localizată în apropierea ochilor să anunțe apariția oricărei tulburări de vedere.
- Acneea excoriată poate fi marker-ul unei patologii psihiatrice grave.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ULCERAȚII ȘI VEZICULE FACIALE

## Privire de ansamblu

Ulcerațiile și veziculele la nivelul feței determină pacientul să se prezinte la medic mai timpuriu decât în cazul altor localizări din cauza impactului estetic. Leziunile mai mici, în special carcinomul cu celule bazale, sunt observate de către medic atunci când pacientul se prezintă pentru o altă problemă. (NB: pentru erupții cutanate limitate sau limitate în mare măsură la față, vezi „Erupțiile faciale", pag. 113.)

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Impetigo.
- Infecția cu virus Herpes simplex (HSV).
- Zona zoster.
- Carcinomul cu celule bazale (CCB).
- Keratoacantomul.

OCAZIONALE
- Carcinomul cu celule scuamoase (CCS).
- Melanomul malign ulcerat și lentigo malign (pistrui Hutchinson).
- Medicamente (de exemplu, barbiturice).
- Acneea excoriată.
- Sinus dentar ulcerat.

RARE
- Dermatita artefacta.
- Tuberculoza.
- Pemfigus.
- *Actinomyces*.
- Șancru sifilitic primar sau goma sifilitică terțiară.
- Leishmaniază cutanată.
- Cancrum oris (stomatita gangrenoasă).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *CCB* | *Zona zoster* | *Keratoacantom* | *Impetigo* | *HSV* |
|---|---|---|---|---|---|
| Subfebrilitate și stare generală modificată | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Dezvoltare rapidă | Nu | Da | Da | Da | Da |
| Recurent | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Apare la copii | Nu | Posibil | Nu | Da | Da |
| Leziuni multiple | Nu | Nu | Nu | Da | Da |

## Investigații de laborator

Leziunile acute necesită rareori investigații; leziunile cronice pun mai multe probleme de diagnostic. În aceste cazuri, biopsia simplă sau excizională reprezintă cel mai important test. Examenul citologic din raclajul leziunii cu un bisturiu este util în diagnosticul carcinomului cu celule bazale. Serologia sifilisului poate fi rareori de ajutor în suspiciunea de sifilis primar sau terțiar.

### SUGESTII

- Infecția cu virus Herpes simplex se poate localiza la față cruțând buzele. Diagnosticul se bazează pe aspectul leziunii și pe natura ei recurentă.
- „Ulcerul Jacobi" este un termen mai blând decât carcinomul cu celule bazale, în special în cazul leziunilor de mici dimensiuni, deoarece este mai puțin probabil să creeze anxietate inutilă. Cu toate acestea, trebuie să-i explicați clar pacientului importanța respectării programării la specialist.
- Pacienții cu zona zoster au un risc de anxietate ridicat din cauza existenței unor „povești" despre această afecțiune. Discutați despre orice temere și acordați timp explicării istoriei naturea a afecțiunii, incluzând posibilitatea apariției nevralgiei postherpetice.
- La copiii cu impetigo recidivant, aveți în vedere o afecțiune subiacentă – în mod particular eczema.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă nu sunteți sigur de diagnostic, trimiteți pacientul la medicul dermatolog pentru efectuarea unei biopsii cutanate. Nu uitați că o ulcerație facială cronică este rareori benignă.
- O ulcerație apărută într-o zonă cutanată anterior anormal pigmentată sugerează un neoplasm local avansat.
- Nu efectuați biopsii excizionale ale leziunilor faciale dacă nu aveți experiența necesară. Zonele de importanță cosmetică sunt adevărate „terenuri minate medico-legale".
- Întrebați pacientul dacă a călătorit de curând în străinătate: leishmaniaza este cauzată de mușcătura muștei de nisip mediteraneeană sau sud-africană.
- Trebuie acordată atenție infecției cu virus Herpes simplex sau zoster localizate în jurul ochiului, deoarece pot apărea complicații grave; pacientul trebuie tratat și monitorizat adecvat; de asemenea, trebuie consultat de medicul oftalmolog.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# GÂT

**Disfagia**

**Disfonia**

**Durerea în gât**

**Noduli la nivelul gâtului**

**Redoarea gâtului**

**Stridorul la copil**

Scanned with OKEN Scanner

# DISFAGIA

## Privire de ansamblu

Disfagia (dificultate la înghițire) poate avea mai multe semnificații și de aceea este necesară o anamneză atentă, pentru a diagnostica problema corect: dificultate în inițierea deglutiției; senzație de aliment lipit; deglutiție dureroasă; de asemenea, includem aici și senzația de „corp străin în gât", chiar și în afara deglutiției.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Globus hystericus.
- Orice afecțiune faringiană dureroasă (de exemplu, faringită).
- BRGE.
- Strictură benignă.
- Carcinom esofagian.

OCAZIONALE
- Reces faringian.
- Cancer faringian.
- Compresie prin tumoră mediastinală (de exemplu, limfom, cancer bronșic).
- Achalazie esofagiană.
- Cancer gastric.
- Xerostomie (vârstnici, postparotidectomie, sindrom Sjögren).
- Corp străin.
- Medicamente: esofagita asociată cu AINS, neadministrarea corectă a bifosfonaților).

RARE
- Sindrom Plummer-Vinson.
- Boala Chagas (infecția tripanozomială sud-americană).
- Sclerodermie (sindromul CREST), polimiozită și dermatomiozită.
- Afecțiuni neurologice (de exemplu, miastenia gravis, paralizia bulbară).
- Boala de neuron motor.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Globus hystericus* | *BRGE* | *Strictură benignă* | *Carcinom esofagian* | *Afecțiune faringiană dureroasă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Scădere în greutate | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Intermitentă | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Progresivă | Nu | Nu | Da | Da | Nu |
| Reflux de alimente nemodificate | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Durere retrosternală | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** (cu excepția globusului sau a unei cauze faringiene locale evidente) HLG cu formulă, VSH/PrCR, examen radiologic cu bariu sau endoscopie.
**Posibile:** radiografie toracică, TFH.
**Rareori:** frotiu faringian, CT toracic.

- HLG cu formulă și VSH/PrCR: pentru cancer și anemie prin deficit de fier.
- TFH: dacă se suspicionează un neoplasm hepatic secundar (metastaze).
- Examen radiologic cu bariu: este de ajutor în cazul unui esofag fragil și pentru a se demonstra în condiții de siguranță existența unei stricturi sau tulburări de motilitate dacă disfagia nu este completă pentru lichide (risc de aspirație).
- Endoscopie cu tub flexibil a tractului GI superior: permite vizualizarea și biopsierea leziunilor suspecte.
- Frotiu faringian: este util uneori în leziunile faringiene dureroase.
- Radiografie toracică: în cazul suspiciunii de tumoră mediastinală de orice cauză.
- CT și alte teste imagistice pot fi recomandate de medicul specialist pentru diagnosticul unei tumori mediastinale.

### SUGESTII

- Un pacient tânăr, supus unui stres, care nu are probleme de deglutiție (poate înghiți atât alimente solide, cât și lichide), dar care simte „un blocaj" are cel mai probabil globus. De obicei, liniștirea pacientului rezolvă problema.
- Nu uitați să întebați ce medicamente ia pacientul: o disfagie dureroasă cu debut recent poate fi produsă de o esofagită gravă cauzată de medicamente (de exemplu, alendronat, AINS sau suplimente cu potasiu cu eliberare lentă).
- Obțineți o anamneză minuțioasă: disfagia poate avea multe explicații, iar diagnosticul este probabil obținut mai degrabă printr-o anchetă atentă decât din examenul clinic.

Scanned with OKEN Scanner

- O disfagie progresivă, cu debut recent și asociată cu scădere în greutate la un pacient vârstnic este cauzată de un cancer esofagian (până la proba contrarie).
- Un ganglion limfatic care la palpare are consistență dură, localizat în fosa supraclaviculară stângă (semnul Troisier) sugerează un cancer gastric.
- Fiți atent în mod special la pacienții cu istoric lung de esofagită care acuză o disfagie progresivă sau neobișnuită: pot avea o strictură sau chiar un cancer.
- Dacă endoscopia nu evidențiază nicio cauză, dar simptomul persistă, luați în considerare cauze mai rare, de exemplu compresia extrinsecă a esofagului sau o afecțiune neurologică. Recomadați un examen radiologic cu bariu sau trimiteți pacientul la medicul neurolog dacă sunt prezente alte semne și simptome neurologice.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DISFONIA

## Privire de ansamblu

Disfonia (răgușeala) poate debuta brusc și poate dura câteva zile (acută) sau se poate dezvolta treptat, persistând săptămâni sau luni (cronică). Acest lucru va fi stabilit prin anamneză, indicând și calea de urmat în tratament. Rareori, disfonia acută ridică probleme de diagnostic sau temeri; cazurile cronice, mult mai rare, au cauze mai grave și, de obicei, impun trimiterea la medicul specialist.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Laringită virală acută.
- Suprasolicitarea vocii.
- Hipotiroidism.
- Fumat.
- Sinuzită.

OCAZIONALE

- BRGE.
- Tumori benigne: nodulii cântărețului, polipi.
- Artrita reumatoidă crico-aritenoidiană.
- Afonia funcțională (isterică).

RARE

- Epiglotită acută.
- Cancer laringian.
- Paralizia nervului laringeu recurent.
- Fizic (de exemplu, postintubație).
- Traumatism provocat de inhalarea de substanțe chimice.
- Leziuni inflamatorii rare (de exemplu, TBC, sifilis).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Laringită acută* | *Suprasolicitarea vocii* | *Hipotiroidism* | *Fumat* | *Sinuzită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Boală recentă | Da | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Oboseală, intoleranță la frig, încetinirea gândirii | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Febră și stare generală alterată | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Simptome cronice | Nu | Posibil | Da | Da | Nu |
| Durere facială și catar | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** TFT, radiografie toracică, laringoscopie directă sau indirectă.
**Rareori:** frotiu faringian.

- TFT: în cazul disfoniei cronice pentru a exclude hipotiroidismul.
- Radiografia toracică: pentru evidențierea leziunilor toracice care produc paralizia nervului laringeu recurent.
- Laringoscopia indirectă: utilă pentru un MF cu experiență adecvată; majoritatea MF trimit pacientul la medicul specialist ORL.
- Laringoscopia directă: este efectuată de medicul specialist, care folosește un endoscop flexibil cu fibră optica; permite vizualizarea de foarte aproape și biopsierea leziunilor suspecte.
- Frotiu faringian: se recoltează foarte rar, în cazurile de disfonie asociată cu faringită persistentă.

### SUGESTII

- În cazul în care pacientul prezintă o laringită acută recomandați-i repaus vocal și nu uitați că factorii ocupaționali sunt importanți: utilizarea vocii (de exemplu, telefoniști) sau lucrul într-un mediu cu fum (de exemplu, restaurant) va agrava și prelungi durata simptomelor, determinând confuzii de diagnostic.
- Dacă suspectați un neoplasm programați pacientul pentru o radiografie toracică în urgență, înainte de a-l trimite la medicul specialist, pentru ca trimiterea să poată fi făcută corect (către medicul specialist pneumolog, nu ORL, dacă este prezentă o leziune pulmonară), accelerând astfel inițierea tratamentului adecvat.
- Nu omiteți răgușeala tranzitorie cauzată de intubație – medicii de familie întâlnesc această acuză din ce în ce mai frecvent, ca urmare a faptului că perioada postoperatorie petrecută în spital este din ce în ce mai scurtă.

Scanned with OKEN Scanner

- La orice pacient adult care prezintă răgușeală de minim trei săptămâni, fără semne de ameliorare, diagnosticul cel mai probabil este de cancer laringian – pâna la proba contrarie.
- BRGE este o cauză frecventă la pacienții vârstnici, dar feriți-vă să puneți acest diagnostic fără investigații prealabile.
- Epiglotita este rară, dar dacă o suspicionați, internați imediat pacientul – și nu-i examinați faringele.
- Hipotiroidismul poate fi ușor de trecut cu vederea – diagnosticul prompt poate scuti pacientul de anxietate și investigații inutile.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA ÎN GÂT

## Privire de ansamblu

Acest simptom este „regele superlativelor" în practica generală. Este frecvent – în general, un MF vede aproximativ 120 de cazuri pe an – cea mai supratratată, cea mai controversată și, de obicei, cea mai banală afecțiune, consultațiile fiind adesea scurte, chiar și atunci când se explică doar tratamentul și nu se eliberează rețetă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Faringită virală ușoară (cu IACRS).
- Amigdalită/faringită streptocociocă.
- Mononucleoză infecțioasă.
- Abces peritonsilar.
- Candidoză oro-faringiană.

OCAZIONALE
- BRGE.
- Nevralgie glosofaringiană și durere în aria rădăcinii nervoase cervicogenică.
- Alte infecții bacteriene și virale: angina Vincent, herpangina, infecția cu virus Herpes simplex, gonoree.
- Ulcerații aftoase.
- Tiroidită acută sau subacută.

RARE
- Angină cardiacă.
- Carotidinia.
- Discrazii sangvine (inclusiv iatrogenice).
- Epiglotită.
- Difterie.
- Cancer oro-faringian.
- Abces retrofaringian.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Faringită virală ușoară* | *Amigdalită/faringită streptococică* | *Mononucleoză infecțioasă* | *Abces peritonsilar* | *Candidoză oro-faringiană* |
|---|---|---|---|---|---|
| Limfadenopatie cervicală | Posibil | Da | Da | Da | Nu |
| Faringită purulentă | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Febră înaltă | Nu | Da | Da | Da | Nu |
| Edem unilateral | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Simptome de IACRS | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** frotiu faringian, HLG cu formulă, test Paul-Bunnel.
**Rareori:** endoscopie de tract digestiv superior, biopsie, investigații cardiace (recomandate toate de medicul specialist).

- Frotiu faringian: are sensibilitate și specificitate scăzute; se folosește doar în durerea în gât persistentă sau în caz de eșec al tratamentului.
- HLG cu formulă: în mononucleoza infecțioasă pot apărea limfocite atipice; de asemenea, pot apărea semne de discrazie sangvină.
- Test Paul-Bunnel: pentru mononucleoza infecțioasă dacă starea generală alterată și oboseala persistă.
- Endoscopia de tract digestiv superior: pentru dignosticul BRGE.
- Radiografie, laringoscopie: dacă există suspiciunea de corp străin.
- Investigații cardiace: în rare cazuri când simptomele reflexe cauzează durere în gât.
- Biopsia leziunilor suspecte: este importantă pentru suspiciunea de cancer.

### SUGESTII

- Consultația pentru durerea în gât severă se reduce de obicei la a decide dacă se admnistrează sau nu antibiotice. Nu există nicio modalitate ușoară sau de încredere pentru a distinge clinic între cauzele bacteriene și virale, astfel încât situația devine un exercițiu de pragmatism, deși criteriile Centor pot fi utile. Chiar și în faringo-amigdalita streptococică „adevărată", tratamentul antibiotic doar reduce durata simptomelor cu aproximativ 24 de ore și este foarte puțin probabil să influențeze apariția complicațiilor.
- Durerea în gât ușoară cu IACRS este, de obicei doar unul dintr-un „pachet" de simptome prezentate de pacient, împreună cu rinoree, tuse, cefalee etc.; cauza este întotdeauna virală, iar antibioticele nu au niciun rol.
- Frotiurile faringiene sunt de ajutor doar în cazurile neclare sau persistente și chiar și atunci, contribuie foarte puțin la diagnostic.
- Adolescenților și adulților tineri cărora vă decideți să le administrați antibiotice pentru „durerea în gât" trebuie să le explicați faptul că simptomele pot fi cauzate și de alte infecții (de exemplu, mononucleoza infecțioasă). Acest lucru este util pentru menținerea încrederii pa-

Scanned with OKEN Scanner

cientului în dumneavoastră în cazul în care revin la cabinet pentru dureri în gâ persistente după cura de antibiotic.

- Amintiți-vă că acest simptom aparent banal poate anunța uneori o problemă serioasă. În special, întrebați pacientul despre medicamente (durerea în gât poate fi primul semn al agranulocitozei induse medicamentos).
- Un corp străin „adevărat" blocat în gât se localizează în zona supraglotică și nu poate fi văzut prin cavitatea bucală. Dacă aveți dubii, trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Internați pacientul dacă suspicionați o epiglotită – și nu examinați faringele.
- La pacienții tineri cu candidoză faringiană fără o cauză evidentă, luați în considerare o posibilă afecțiune subiacentă (de exemplu, diabet zaharat sau imunosupresie).
- Abcesul periamigdalian poate produce obstrucție respiratorie. Nu încercați niciodată un tratament conservator, dar trimiteți pacientul la spital pentru drenaj chirurgical.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# NODULI LA NIVELUL GÂTULUI

## Privire de ansamblu

Pentru pacient, un nodul la nivelul gâtului semnifică un singur lucru: cancer. În practică acest diagnostic este rar; o examinare atentă și explicații adecvate pot fi mult mai liniștitoare decât o cură cu benzodiazepine. Uneori, sunt necesare investigații suplimentare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Limfadenită reactivă din cauza unei infecții locale.
- Ganglioni limfatici normal măriți.
- Gușă.
- Chist sebaceu.
- Chist tireoglos.

OCAZIONALE

- Chist branhial.
- Reces faringian.
- Coastă cervicală.
- Actinomicoză.
- Limfom primar sau metastază.

RARE

- Tuberculoza ganglionilor limfatici cervicali (scrofuloză).
- Cancer tiroidian.
- Tumora glomusului carotidian sau anevrism.
- Sarcoidoză.
- Higroma chistică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Limfadenită* | *Ganglioni limfatici normali* | *Gușă* | *Chist sebaceu* | *Chist tireoglos* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sensibili | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Alte simptome | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Mobili cu deglutiția | Nu | Nu | Da | Nu | Da |
| Pe linia mediană | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Fixați la piele | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** TFT dacă tiroida este tumefiată.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH, radiografie toracică.
**Rareori:** ecografie tiroidiană, studii cu radioizotopi, examen radiologic cu bariu, biopsie.

- TFT: în toate cazurile cu hipertrofie tiroidiană: pentru hipo- sau hipertiroidism.
- HLG cu formulă și VSH: în cazul hipertrofiei ganglionare persistente; se verifică numărul de leucocite și se recomandă investigații suplimentare dacă acesta este anormal sau VSH-ul este crescut.
- Radiografie toracică: pentru cancerul pulmonar, limfom sau alte afecțiuni mai rare.
- Radiografie toracică și/sau studii cu radioizotopi: dacă se palpează un nodul tiroidian – de obicei, recomandate de medicul specialist.
- Examen radiologic cu bariu: pentru a confirma și delimita un reces faringian.
- Biopsie: pentru stabilirea naturii unui ganglion limfatic persistent (recomandată de medicul specialist).

### SUGESTII

- Clarificați îngrijorările pacientului: în cazul acestui simptom, teama de cancer este frecventă.
- Cu excepția cazului în care ganglionul este evident suspect, adoptați strategia „observație și așteptare" – o întârziere judicios aleasă rezolvă adesea problema sau poate dezvălui diagnosticul adevărat.
- O limfadenopatie suspectă implică de obicei un singur ganglion limfatic nedureros, care se mărește treptat.
- Copiii cu ganglioni cervicali normali sau reactivi sunt adesea aduși la MF de către părinții speriați. Explicați-le cu calm și empatie natura problemei pentru a le înlătura temerile și a preveni vizitele inutile.

Scanned with OKEN Scanner

- Un pacient cu hipertrofie ganglionară de tip neoplazic fără o cauza evidentă trebuie trimis de urgență la medicul specialist ORL pentru evaluare detaliată.
- Un ganglion limfatic cervical fixat la piele și fără un punct de drenare trebuie să ridice suspiciuni: trebuie efectuată o biopsie urgentă dacă a fost exclusă o tumora ORL primară.
- Disfagia asociată cu un ganglion limfatic cervical este un simptom grav, cu exceptia cazului când este vorba de o faringo-amigdalită acută tranzitorie. În acest caz este necesar un examen endoscopic.
- Examinați cu atenție un nodul tiroidian, care se tumefiază rapid și este dur la palpare – carcinomul trebuie exclus.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# REDOAREA GÂTULUI

## Privire de ansamblu

Cauzele cele mai frecvente al rigidității acute a gâtului sunt benigne și relativ ușor de tratat în practica medicală generală. Cu toate acestea, acest simptom determină panică la părinții unui copil febril din cauza prezenței extinse în mass-media a avertismentelor legate de meningită. Această anxietate se extinde asupra comportamentului adulților față de boală, rezultatul fiind că un simptom problematic, dar nevinovat, poate fi interpretat greșit ca un semn al unei patologii grave.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Torticolis acut (pozițional).
- Spondiloză cervicală.
- IACRS virală cu limfadenită cervicală.
- Traumatism prin accelerație/decelerație („whiplash").
- Meningism cauzat de o infecție sistemică (de exemplu, pneumonie).

OCAZIONALE
- Alte forme de artrită, de exemplu, artrita reumatoidă (AR) și spondilita anchilozantă.
- Abcesul gâtului.
- Isterie.
- Hemoragie intracerebrală.
- Tumoră cerebrală (primară sau secundară).

RARE
- Meningită.
- Fractură vertebrală.
- Tumoră osoasă (primară sau secundară).
- Infecții rare: tetanos, leptospiroză, psitacoză.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Torticolis* | *Spondiloză cervicală* | *IACRS* | *Whiplash* | *Meningism* |
|---|---|---|---|---|---|
| Alte simptome | Nu | Posibil | Da | Posibil | Da |
| Recurent | Nu | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Ganglioni limfatici hipertrofiați | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Gât asimetric | Da | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Febră | Nu | Nu | Da | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, test Paul-Bunnell, VSH/PrCR, factor reumatoid, HLAB27.
**Rareori:** biochimie osoasă, radiografia coloanei cervicale, scintigrafie osoasă, alte teste efectuate în spital.

- HLG cu formulă și test Paul-Bunnell: în IACRS rezistente sau care nu răspund la tratament; sau dacă suspicionați mononucleoza infecțioasă.
- VSH/PrCR, factor reumatoid și HLAB27: sunt de ajutor pentru diagnosticul AR și al spondilitei anchilozante la pacienți tineri sau de vârstă mijlocie cu redoare a gâtului rezistentă la tratament.
- Radiografia coloanei cervicale: pentru o posibilă fractură (se efectuează în spital); are valoare limitată în spondiloza cervicală – simptomele nu se corelează cu concluziile examenului radiologic. De asemenea, poate evidenția afecțiuni osoase grave, dar în aceste cazuri este mai utilă scintigrafia osoasă.
- Biochimie osoasă: se ia în considerare în cazul metastazelor osoase sau al mielomului ca posibil diagnostic.
- Teste efectuate la spital: puncție lombară (pentru meningită) și teste imagistice pentru leziunile cerebrale.

### SUGESTII

- Sensibilitatea la nivelul gâtului cauzată de limfadenopatia cervicală din IACRS este infinit mai frecventă decât meningita, dar este adesea declarată în mod greșit ca „rigiditate a gâtului".
- În majoritatea cazurilor de redoare a gâtului se recomandă doar purtarea unui guler cervical moale pentru maxim 48 de ore. Deși este confortabil, întârzie vindecarea. În schimb, trebuie administrate analgezice adecvate, aplicarea de căldură și mobilizare.
- Avertizați pacientul cu traumatism prin accelerație/decelerație („whiplash") că se rezolvă complet doar după câteva luni – evitați astfel consultațiile inutile și frustrante.

Scanned with OKEN Scanner

- Peteșiile meningococice sunt, de obicei, un semn tardiv și pot trece neobservate în cazul în care copilul febril cu redoare de ceafă este examinat fără a fi dezbrăcat.
- Durerea și rigiditatea pot fi singurele semne ale unei fracturi sau subluxații vertebrale fără afectarea măduvei spinării – traumatismele grave trebuie trimise la camera de gardă a spitalului.
- Cefaleea intensă (ca o lovitură de trăsnet) care precede redoarea gâtului sugerează hemoragia subarahnoidiană: pacientul trebuie internat imediat.
- Dacă durerea și rigiditate gâtului sunt persistente și trezesc pacientul din somn, probabil că este vorba de o afecțiune osoasă gravă – în special dacă apar și alte simptome caracteristice sau pacientul are antecedente personale de cancer.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# STRIDORUL LA COPIL

## Privire de ansamblu

Stridorul acut este o experiență foarte înfricoșătoare atât pentru copil, cât și pentru părinți. Efortul respirator duce la hiperventilație care agravează problema. În timpul iernii, respirația „dificilă" sau „zgomotoasă" la un copil reprezintă unul dintre cele mai frecvente motive de solicitare a MF în afara orelor de program. Cauza cea mai frecventă este crupul viral, care produce un stridor ușor, inofensiv, dar pot fi și alte cauze, mai grave. Secretul unei îngrijiri eficiente constă într-o abordare calmă și metodică.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Crup viral (laringotraheobronșită).
- Epiglotită acută.
- Laringită acută.
- Obstrucție acută a căilor respiratorii: corp străin (o jucărie mică, alună etc.).
- Paralizie laringiană (congenitală: 25% dintre sugarii cu stridor).

OCAZIONALE
- Laringomalacie.
- Traumatism laringian.
- Traheită bacteriană.
- Crup pseudomembranos (stafilococic).
- Arsură de căi aeriene superioare.

RARE
- Stenoză laringiană.
- Tumori laringiene (papilom, hemangiom) și mediastinale.
- Edem laringian (angioneurotic: edemul este prezent și în alte țesuturi).
- Malformații vasculare (de exemplu, arc aortic dublu).
- Difterie.
- Abces retrofaringian.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Crup viral* | *Epiglotită acută* | *Laringită acută* | *Obstrucție acută* | *Paralizie laringiană* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut foarte brusc | Nu | Da | Nu | Da | Nu |
| Stridor continuu | Posibil | Da | Nu | Da | Da |
| Stare toxică, febră | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Salivație excesivă | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Durere intensă în gât | Nu | Da | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

În asistența primară, nu se efectuează nicio investigație. În spital se pot efectua: HLG cu formulă (leucocitoză în infecții), radiografie laterală a laringelui (epiglotă mărită în epiglotită), radiografie toracică (poate evidenția corp străin, colaps distal sau compresie externă a laringelui sau a traheei) și laringoscopie (pentru vizualizarea directă a laringelui).

### SUGESTII

- În practică, primul pas este excluderea acelor afecțiuni care necesită spitalizare imediată (epiglotită sau inhalare de corp străin), rămânând diagnosticul de crup viral. Tratamentul depinde de starea generală a copilului – în special de nivelul insuficienței respiratorii.
- Copilul cu crup viral poate prezenta un stridor intens care se reduce puțin în timpul plânsului. Este rezonabil să urmăriți la domiciliu acest copil, cu condiția ca aceste semne să dispară atunci când el este liniștit.
- Când îngrijiți un copil la domiciliu, fiți absolut sigur că părinții au înțeles care sunt semnele de agravare; dacă nu sunteți sigur, reamintiți-le.

- În cazul unui copil cu stridor puțin intens, durere în gât severă sau dificultăți la înghițire și insuficiență respiratorie, diagnosticul cel mai probabil este epiglotita. Internați-l imediat fără a-i examina faringele (poate provoca obstrucție respiratorie).
- Starea de neliniște, creșterea frecvenței cardiace și respiratorii, tirajul costal accentuat, starea de oboseală și somnolența sunt toate semne de prognostic nefavorabil: internați imediat pacientul, indiferent de diagnostic.
- Dacă debutul stridorului este brusc și nu sunt alte simptome și semne de infecție respiratorie, diagnosticul cel mai probabil este inhalarea unui corp străin.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# GENITAL

Disfuncția erectilă

Dispareunia

Durerea peniană

Durerea testiculară

Edemul scrotului

Edemul vulvar

Hemospermia

Iritația vulvară

Secrețiile vaginale

Ulcerațiile peniene

Ulcerațiile vulvare

Scanned with OKEN Scanner

# DISFUNCȚIA ERECTILĂ

## Privire de ansamblu

Disfuncția erectilă constă în eșecul parțial sau complet al obținerii unei erecții satisfăcătoare. Incapacitatea de ejaculare (disfuncție erectilă ejaculatorie) nu este tratată în acest capitol. Pacienții se prezintă destul de des la MF acuzând acest simptom și, probabil, vor face acest lucru din ce în ce mai frecvent pe măsură ce sunt dezvoltate și publicate noi tratamente.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Depresie/anxietate.
- Consum excesiv de alcool.
- Relații familiale disfuncționale.
- Vasculare: insuficiență arterială (arteriopatie) sau drenaj venos excesiv.
- Iatrogenic (de exemplu, medicamente pentru cancerul prostatic, hipotensive, unele antidepresive).

OCAZIONALE

- Neuropatie diabetică.
- Traumatism: fractură de coloană vertebrală sau pelvis, traumatism penian, post-rezecție transuretrală a prostatei.
- Anatomică: fimoză, frenulum breve.
- Fumat excesiv.
- Boala Peyronie.
- Abuz de droguri (de exemplu, amfetamine, heroină).

RARE

- Hipogonadism: sindrom Klinefelter, disfuncție hipofizară.
- Fetișism (erecție posibilă doar cu stimuli neobișnuiți).
- Compresia măduvei spinării: tumoră.
- Tromboza corpului cavernos.
- Neurologice: tabes dorsalis, scleroza multiplă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Depresie/ anxietate* | *Consum excesiv de alcool* | *Relații familiale disfuncționale* | *Vasculare* | *Medicamente* |
|---|---|---|---|---|---|
| Stare de oboseală/tulburări de somn | Da | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Doar ocazional | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |
| Erecție matinală | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Scăderea pulsului la membrele inferioare | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Administrarea de medicamente | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină.
**Posibile:** glicemie, HLG cu formulă, TFH, evaluare endocrinologică (testosteron, prolactină, FSH/LH, TSH), colesterol.
**Rareori:** studii Doppler, angiografie, testul injectării intracorporeale de prolactină, RMN – recomandate de medicul specialist.

- Sumar de urină: test esențial pentru diagnosticul diabetului zaharat.
- Glicemie: pentru confirmarea diabetului zaharat.
- HLG cu formulă și TFH: de ajutor în consumul excesiv de alcool (MCV crescut și posibil anomalii ale TFH).
- Nivelul testosteronului este scăzut in hipogonadismul primar sau secundar; prolactina, FSH/LH, TSH – pentru evaluarea funcției hipofizare. Disfuncția erectilă poate fi semnul unei afecțiuni cardiace – de aceea, este justificată verificarea nivelului colesterolului la anumiți pacienți.
- Studiile Doppler ale fluxului arterial superficial și profund la nivelul penisului evaluează permeabilitatea arterelor. Angiografia este utilă dacă simptomele sugerează insuficiență arterială gravă la nivelul membrelor inferioare asociată cu impotență.
- Testul injectării intracorporeale de prolactină: un răspuns imediat și prelungit indică o problemă neurologică. Un răspuns inițial bun cu eșec rapid arată un drenaj venos excesiv.
- Uneori, anumite cauze neurologice impun investigații suplimentare (de exemplu, RMN pentru leziunile măduvei spinării sau SM).

### SUGESTII

- Stabiliți dacă pacientul poate avea erecție în orice moment al zilei (de exemplu, dimineața devreme). Dacă acest lucru este posibil, cauza nu este organică. Aveți o abordare pozitivă – multe cauze psihologice sunt tranzitorii.
- Nu vă grăbiți să puneți diagnosticul de anxietate ca posibilă cauză. Aceasta este mai degrabă efectul decât cauza impotenței.

Scanned with OKEN Scanner

- Adeseori, disfuncția erectilă este menționată trecător de către pacient. Medicul este tentat să invite pacientul să se programeze la o altă consultație pentru a discuta în detaliu problema, dar acest lucru poate reprezenta o oportunitate pierdută, căci s-ar putea ca acesta să nu mai revină.
- Demonstrați-i pacientului că tratați această problemă cu seriozitate – de exemplu, prin efectuarea unei examinări minuțioase sau prin invitarea partenerului său să participe la o întâlnire ulterioară.

- Disfuncția erectilă instalată brusc, asociată cu anestezie în șa și tulburări sfincteriene, indică o leziune a cozii de cal; pacientul trebuie trimis urgent la medicul specialist.
- Erecția care dispare în mod constant după o perioadă predictibilă are probail o cauză organică – posibil vasculară.
- Cefaleea care apare dimineața devreme asociată cu tulburări vizuale sugerează o tumoră de fosă pituitară.
- Nu uitați de abuzul de alcool sau droguri ca posibilă cauză – puneți întrebări specifice și căutați indicii, căci este puțin probabil ca pacientul să vă spună în mod voluntar despre aceste probleme.
- Disfuncția erectilă poate fi markerul unei boli vasculare cu altă localizare. Dacă este necesatr, extindeți evaluarea pacientului.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DISPAREUNIA

## Privire de ansamblu

Acest termen se aplică doar la femei. Cauzează multă nefericire și poate fi jenant pentru o femeie să discute cu medicul său. Ca urmare, simptomul poate fi prezentat ca „o scurgere" inexistentă sau ca „o durere vagă jos". Alternativ, poate fi cauza subiacentă a prezentării la medic pentru infertilitate sau stres. Tactul și empatia sunt cele mai valoroase instrumente de diagnostic și terapie în aceste situații

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Vaginism pur: spasm psihogenic și uscăciune vaginală.
- Vulvovaginită (în special, infecție, de exemplu vaginoză bacteriană sau fungică, ulcerație, bartolinită).
- Vaginită atrofică (uscăciune vaginală la menopauză).
- Endometrioză.
- Boală pelviană inflamatorie (BPI) și cervicită.

OCAZIONALE

- Cicatrice perineală postpartum.
- Congestie pelviană (sindromul durerii pelviene).
- Fibrom uterin și uter retrovers, ovare în sacul lui Douglas.
- Aderențe pelviene (postchirurgicale sau BPI).
- Cistită, uretrită.

RARE

- Malformații congenitale.
- Chist ovarian mare sau tumoră ovariană.
- Displazie vulvară.
- Caruncula uretrală.
- Himen neperforat.
- Fisură anală, hemoroizi trombozați, abces perianal.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Vaginism* | *Vulvovaginită* | *Vaginită atrofică* | *Endometrioză* | *BPI* |
|---|---|---|---|---|---|
| Scurgere anormală | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Dispareunie profundă | Nu | Nu | Nu | Da | Da |
| Menstruații dureroase | Nu | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Uscăciune vaginală | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Orificiu vaginal strâmt | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** frotiu vaginal/cervical.
**Posibile:** sumar de urină, urocultură, frotiu uretral, ecografie, laparoscopie (în spital).
**Rareori:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, biopsie vulvară (în spital).

- Sumar de urină: nitriți, puroi și sânge – pentru a exclude o ITU.
- Urocultură: pentru a ghida tratamentul ITU.
- Dacă există o scurgere vaginală, se efectuează un frotiu vaginal/cervical pentru a stabili natura agentului patogen implicat. Frotiul uretral – pentru uretrită.
- HLG cu formulă: leucocitoză în BPI cronică.
- VSH/PrCR: crescute în BPI.
- Ecografie pelviană: evaluează poziția uterului și a ovarelor, prezența chisturilor și endometrioza.
- Investigațiile recomandate de medicul specialist includ laparoscopia (de exemplu, pentru endometrioză și BPI) și biopsia vulvară (pentru suspiciunea de displazie).

### SUGESTII

- Dispareunia superficială (durere la nivelul orificiului vaginal) este produsă de obicei de infecție, vaginism sau atrofie; dispareunia profundă (durere profundă) este cauzată de afecțiuni pelviene.
- Dacă se suspicionează o boală cu transmitere sexuală, pacienta trebuie trimisă la medicul specialist ginecolog – pentru screening, consiliere și urmărirea contacților.
- O pacientă care se plânge că „își simte vaginul prea strâmt" la contactul sexual are probabil vaginism.
- Dispareunia profundă de lungă durată și poziționlă este dispareunia „de coliziune" și este foarte puțin probabil să fie cauzată de o afecțiune gravă.
- De obicei, dispareunia profundă se rezolvă la încetarea contactului sexual; dacă durează 1-2 zile după contactul sexual, probabil are o cauză psihologică.

Scanned with OKEN Scanner

- Problemele în relația cu partenerul pot crea aversiune față de actul sexual, care se poate manifesta prin durere. Aceasta poate fi mai degrabă cauza decât rezultatul problemei.
- Dispareunia ciclică asociată cu durere pelviană generalizată și cicluri menstruale dureroase și abundente sugerează endometrioza sau BPI: cereți opinia medicului ginecolog.
- Tumorile pelviene sunt rare în acest context, dar trebuie avute în vedere la femeile mai în vârstă care se prezintă cu dispareunie profundă cu debut recent.
- Examinați femeile în menopauză sau perimenopauză care acuză dispareunie superficială persistentă – cauza poate fi mai degrabă displazia vulvară, nu vaginita atrofică.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA PENIANĂ

## Privire de ansamblu

Durerea la nivelul penisului apare nu doar ca rezultat al unei cauze locale, ci și în mod reflex de la o leziune la distanță. Frecvent, produce jenă pacientului, acesta fiind îngrijorat că are o boală cu transmitere sexuală. Diagnosticul este adesea evident în urma anamnezei și a examenului fizic minuțios.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Balanită (fungică, bacteriană sau alergică).
- Uretrită acută.
- Fimoză (de exemplu, balanită xerotică obliterantă).
- Calculi urinari (localizați în ureter sau uretră).
- Prostatită/abces prostatic.

OCAZIONALE

- Infecție cu virusul Herpes simplex (și, rareori, zona zoster).
- Cancer vezical sau prostatic.
- Traumatism: rupereaa frenulumului, leziune provocată de fermoar, leziune uretrală sau corp străin).
- Cistită acută.
- Boala Peyronie (durere apărută de obicei la erecție).
- Parafimoză.
- Frenulum breve.

RARE

- Fisură anală/hemoroizi inflamați.
- Cancer penian.
- Cancer rectal/anal.
- Tuberculoză de tract urinar.
- Schistosomiază (*Bilharzia haematobium*): frecventă în Africa și Orientul Mijlociu.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Balanită* | *Prostatită* | *Calculi urinari* | *Fimoză* | *Uretrită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Disurie | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil | Da |
| Secreție | Da | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Rectalgie | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Hematurie | Nu | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Gland sensibil | Da | Nu | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură, frotiuri.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, PSA.
**Rareori:** UIV, cistoscopie, analiza urinei din jetul terminal.

- Sumar de urină: poate evidenția proteinurie, hematurie, puroi și nitriți în infecție; doar hematurie în cazul unui calcul. De asemenea, se poate evidenția glicozurie la un diabetic nediagnosticat anterior (se poate manifesta inițial ca balanită candidozică).
- Urocultură: pentru a stabili agentul patogen în ITU (și în prostatită).
- Frotiuri pentru examen microbiologic: frotiu uretral pentru uretrită (efectuat de medical urolog sau ginecolog). În balanita cu scurgere, frotiul este de ajutor în stabilirea tratamentului.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în infecția sau inflamația gravă (de exemplu, prostatită sau abces prostatic). De asemenea, VSH/PrCR cresc în afecțiunile maligne.
- PSA: dacă este suspicionat cancerul de prostată.
- UIV: este mai utilă decât ecografia pentru investigarea tractului urinar dacă se suspicionează un calcul, cancer sau ITU cronică.
- Analiza urinei din jetul terminal: pentru schistosomiază.
- Cistoscopie: se efectuează în spital pentru a confirma și trata calculoza sau o tumoră.

### SUGESTII

- Un bărbat cu simptome care sugerează cistita, dar cu piurie sterilă la urocultură, are probabil uretrită.
- Medicul specialist efectuează investigații complete, se poate acorda consiliere și se urmăresc contacții, în cazul BTS.
- Adesea, prostatita este omisă ca diagnostic – dar este foarte dificil de diagnosticat cu precizie, în special când s-a cronicizat. Se poate recomanda o cură prelungită cu antibiotice.
- Un contact sexual dureros – de obicei, o durere bruscă – asociat cu sângerare sugerează ruperea frenulumului, în special la bărbați tineri, care sunt foarte alarmați în legătură cu această problemă. Pentru a-i liniști, explicați-le că problema nu este gravă și se tratează ușor.

Scanned with OKEN Scanner

- Durerea care apare după urinare sugerează cistita. Aceasta este rară la bărbați și se recomandă investigații suplimentare dacă recidivează.
- Durerea intermitentă asociată cu eliminarea de cheaguri sangvine alternând cu hematurie nedureroasă sugerează o afecțiune malignă [cancer de vezică urinară, ureter (rar) sau rinichi].
- Balanita candidozică poate fi primul semn al diabetului zaharat.
- Un pacient în vârstă cu prepuț aderent și balanită trebuie trimis la medicul specialist, pentru a exclude a afecțiune malignă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA TESTICULARĂ

## Privire de ansamblu

Durerea testiculară este un simptom mai puțin frecvent întâlnit în practica clinică zilnică. Deși este mai frecventă la adulții tineri, poate apărea la orice grupă de vârstă. Durerea acută este chinuitoare și dizabilitantă; forma cronică este descrisă ca o durere surdă sau senzație de tracțiune. Prima formă creează MF dificultăți de diagnostic.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Orhită acută (parotidită epidemică și, mai rar, scarlatină și gripă).
- Epididimo-orhită (EO) acută (ITU și infecție cu transmitere sexuală).
- Torsiune de testicul.
- Chist epididimal.
- Reflexă de la un calcul ureteral.

OCAZIONALE
- Varicocel.
- Hematocel.
- Hidrocel.
- Traumatism (fractură testiculară).
- Testicul necoborât sau deplasat.
- Torsiunea apendicelui testicular.
- Durere postvasectomie.
- Durere testiculară idiopatică cronică (25% dintre cazurile cronice).

RARE
- Cancer testicular (teratom sau seminom).
- Hernie inghino-scrotală încarcerată sau strangulată.
- Sifilis.
- Reflexă de la o tumoră a măduvei spinării.
- Nevralgia testiculară.
- Tuberculoza testiculară.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Orhită* | *EO* | *Torsiune de testicul* | *Chist epididimal* | *Calcul* |
|---|---|---|---|---|---|
| Testicul sensibil | Da | Da | Da | Nu | Nu |
| Secreție uretrală | Nu | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Febră | Da | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Testicul situate înalt în scrot | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Tumefacție transparentă | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** frotiu uretral, ecografie.
**Rareori:.** radiografie de coloană lombosacrală și abdominală, serologia sifilisului.

- Sumar de urină: proteine, sânge și puroi în EO; doar hematurie în cazul unui calcul.
- Urocultură: pentru ITU.
- Frotiu uretral: pentru gonococ și *Chlamydia* dacă se suspicionează BTS.
- Radiografie de coloană lombosacrală și abdominală: pentru investigarea durerii testiculare reflexe (calculi sau patologie spinală).
- Ecografie: pentru „a vedea" dacă masa testiculară provine din corpul sau învelișurile testiculului și dacă este solidă sau lichidă.
- Serologia sifilisului: dacă se suspicionează sifilisul.

### SUGESTII

- La adult, durerea care se ameliorează la ridicarea testiculului sugerează epididimita.
- Un sumar de urină negativ nu exclude epididimita.
- În cazul unei dureri testiculare cronice și redusă în intensitate, examinați pacientul și în ortostatism pentru a exclude diagnosticul de varicocel.

- O durere testiculară intensă asociată cu greață sugerează torsiunea de testicul – în special la copii și adolescenți. Pacientul trebuie internat imediat.
- Episoadele repetate de durere testiculară care se ameliorează spontan sugerează torsiunea de testicul recidivantă, autocorectabilă. Trimiteți pacientul la medicul specialist pentru orhipexie și educați-l să raporteze imediat dacă durerea devine severă și persistentă.
- Dacă suspicionați epididimita negonococică/chlamidiană, adminstrați imediat antibiotice cu spectru larg.
- Dacă epididimita nu se rezolvă cu antibiotice, gândiți-vă la formarea unui abces – trimiteți pacientul la spital pentru tratament antibiotic i.v. sau drenaj.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EDEMUL SCROTULUI

## Privire de ansamblu

Edemul scrotal poate apărea la orice vârstă; cel mai frecvent se dezvoltă din testicul și învelișurile acestuia, cordonul spermatic și piele. O mai mare conștientizare a cancerului testicular a dus la creșterea numărului de tineri care merg la MF, de obicei, având o tumefacție benignă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Hernie inghinală.
- Chist sebaceu.
- Hidrocel.
- Chist epididimal.
- Epididimo-orhită (EO).

OCAZIONALE
- Torsiune de testicul.
- Septicemie iatrogenă: intervenție chirurgicală și cateterizare.
- Hematocel.
- Varicocel.
- Insuficiență cardiacă congestivă.
- Edem postvasectomie (aseptic), incluzând hematomul, reacție inflamatorie la sperma scursă.
- Traumatism – hematom.

RARE
- Tumoră testiculară (seminoma, teratom).
- Ascită.
- Tromboza venei cave inferioare.
- Tuberculoză și sifilis.
- Elefantiazis (filariaza).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hernie inghinală* | *Chist sebaceu* | *Hidrocel* | *Chist epididimal* | *EO* |
|---|---|---|---|---|---|
| Poate ajunge deasupra tumefierii | Nu | Da | Da | Da | Da |
| Testicul dureros | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Edem fixat la piele | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Ganglioni limfatici inghinali sensibili | Nu | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Transiluminație | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** sumar de urină, urocultură, ecografie.
**Rareori:** HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH, radiografie toracică, frotiu uretral, AFP și β-HCG.

- Sumar de urină: pentru ITU, dar poate fi negativ în epididimo-orhită, ca și urocultura.
- Dacă pacientul prezintă o scurgere uretrală, se face examen bacteriologic pentru gonococ și *Chlamydia*.
- Ecografie: este de ajutor pentru a deosebi tumefacția solidă de cea chistică.
- HLG cu formulă, AFP și β-HCG: sunt investigații bazale esențiale dacă se suspectează o tumoră solidă – sunt efectuate la recomandarea medicului specialist.
- Radiografia toracică – poate evidenția prezența metastazelor.
- Pot fi necesare și alte investigații (de exemplu, uree și electroliți, TFH, serologia sifilisului) dacă se suspectează o afecțiune subiacentă (de exemplu, ascită, insuficiență cardiacă, sifilis).

### SUGESTII

- Nu uitați că teama cea mai mare a pacientului este cancerul; abordați această problemă, chiar dacă tumefacția este evident benignă.
- Nu uitati să examinați pacientul și în ortostatism, deoarece multe tumefacții se palpează mai bine în această poziție, iar unele – în special varicocelul – dispar în clinostatism.
- În cazul unui pacient vârstnic cu edem bilateral, cea mai probabilă cauză este insuficiența cardiacă.
- Recomandați ecografia dacă pacientul este foarte anxios în legătură cu o tumefacție chistică evidentă sau dacă dumneavoastră aveți dubii asupra diagnosticului – un rezultat normal va liniști ambele părți.

Scanned with OKEN Scanner

- Seminomul este neted la palpare și poate fi confundat cu un testicul mai mare în mod normal. Nu vă bazați pe absența caracteristicilor clinice de malignitate – dacă pacientul simte o modificare la nivelul testiculului, investigați-l în consecință.
- La sugari, diagnosticul diferențial între hernie și hidrocel este dificil. Hernia impune intervenție chirurgicală, iar hidrocelul se poate rezolva în cursul primului an de viață; pacientul trebuie trimis la medicul specialist.
- Nu uitați că hidrocelul poate fi cauzat de un proces malign subiacent; pacienții tineri trebuie trimiși la medicul specialist, în timp ce la vârstnici, testiculul trebuie examinat cu atenție după aspirație.
- Ganglionii supraclaviculari stângi pot fi implicați după ce tumora a metastazat în ganglionii para-aortici (pot fi masivi). În cazul în care suspicionați un cancer, examinați abdomenul și toracele.
- Dacă suspectați torsiunea de testicul, internați urgent pacientul.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EDEMUL VULVAR

## Privire de ansamblu

Edemul vulvar poate avea originea la nivelul vulvei sau poate apărea prin deplasare din altă zonă. Adesea, este prezentat de pacientă ca „o umflătură jos", o expresie care ascunde o varietate de cauze posibile. Pacienta poate fi extrem de îngrijorată în legătură cu acest simptom, dar rareori este grav.

## Diagnostic

COMUNE

- Furuncul.
- Chist sebaceu.
- Veruci virale (condylomata acuminata).
- Chist Bartholin.
- Hernie inghinală (se poate extinde în jos, la labia mare).

OCAZIONALE

- Vene varicoase, varicocel vulvar.
- Abces Bartholin (infecția chistului Bartholin).
- Fibrom, lipom, hidradenom.
- Prolaps uterin, cistocel, rectocel, enterocel (hernia fundului de sac Douglas).

RARE

- Polip cervical.
- Cancer (95% sunt scuamoase).
- Endometriom.
- Hidrocelul canalului Nuck.
- Hematom traumatic.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Furuncul* | *Chist sebaceu* | *Veruci virale* | *Chist Bartholin* | *Hernie inghinală* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Reductibil | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Multiplu | Posibil | Posibil | Da | Nu | Nu |
| Epidermic | Da | Da | Da | Nu | Nu |
| Punct central | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

Nu sunt investigații care pot fi efectuate în asistența medicală primară: aproape întotdeauna, diagnosticul se bazează pe anamneză și examinare fizică. Dacă nu se poate stabili un diagnostic, pacienta este trimisă la medicul specialist.

### SUGESTII

- Nu uitați că pentru majoritatea pacientelor, o tumefacție vulvară este egală cu cancer până la proba contrarie. Dumneavoastră vă este suficientă doar o privire sumară pentru a vă asigura că problema este nesemnificativă – dar pacienta poate interpreta abordarea dumneavoastră ca expeditivă sau inadecvată. De aceea, examinați pacienta minuțios și explicați-i clar despre ce este vorba pentru a-i îndepărta anxietatea.
- Dacă edemul nu este evident sau este slab delimitat, examinați pacienta în ortostatism: astfel, puteți descoperi o hernie, un varicocel sau un prolaps.
- Varicocelul vulvar are o caracteristică: se simte ca „un sac cu viermi". De obicei apare și se agravează în timpul sarcinii.

- O pacientă cu o tumefacție vulvară ulcerată și persistentă trebuie întotdeauna trimisă la medicul specialist pentru biopsie pentru a exclude carcinomul, chiar dacă și unele tumefacții benigne pot ulcera (de exemplu, hidradenomul).
- Examinați ganglionii limfatici pentru limfadenopatie: ganglioni inghinali duri la palpare asociați cu o tumefacție nedureroasă sugerează un cancer. Uneori, tumefacția poate fi o metastază.
- Femeile cu veruci genitale pot avea și o infecție cu transmitere sexuală: trimiteți la medicul specialist pentru investigații suplimentare și, dacă este necesar, controlul contacților sexuali.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HEMOSPERMIA

## Privire de ansamblu

Hemospermia este un simptom neobișnuit de prezentare la cabinetul MF – dar îl putem întâlni din ce în ce mai frecvent, deoarece bărbații devin mai puțin reticenți cu privire la venirea la medic. La fel ca în cazul oricărui simptom care implică scurgerea de sânge, îngrijorarea cu privire la cauză este foarte mare. De obicei acest simptom nu are o cauză gravă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Necunoscute (cel puțin 50%; majoritatea sunt probabil secundare unui traumatism de care pacientul a uitat sau pe care nu l-a observat).
- Prostatită.
- Postoperator (intervenție chirurgicală pe prostată, biopsie sau litotriție extracorporeală).
- Infecție genito-urinară (epididimo-orhită, uretrită, ITU).
- Traumatism (testicular sau perineal).

OCAZIONALE

- Tulburări de coagulare a sângelui sau tratament anticoagulant.
- Calculi în prostată.
- Cancer: prostată, testicul, vezică urinară sau vezicule seminale.

RARE

- Tuberculoză.
- Schistosomiază.
- Hipertensiune arterială malignă.
- Probleme structurale (de exemplu, strictură uretrală sau polipi).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Necunoscute* | *Prostatită* | *Postoperator* | *Infecție G-U* | *Traumatis* |
|---|---|---|---|---|---|
| Persistent | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Intervenție chirurgicală recentă | Nu | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Traumatism recent | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Simptome de tract urinar | Nu | Posibil | Posibil | Da | Nu |
| Prostată extrem de dureroasă la TR | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, PSA, frotiu uretral.
**Rareori:** INR, teste de coagulare, cultură din lichidul seminal, ecografie transrectală, biopsie de prostată, uretroscopie.

- Sumar de urină: proteine, nitriți, leucocite și posibilă hematurie în oricare infecție uro-genitală sau prostatită. Hematuria poate apărea în cancer și schistosomiază.
- Urocultură: pentru a confirma infecția și a identifica agentul patogen.
- HLG cu formulă și VSH/PrCR: numărul de leucocite crește în infecție; Hb este scăzută și VSH/PrCR sunt crescute în cancer; VSH/PrCR sunt crescute și în infecții.
- PSA: indicator al cancerului prostatic.
- Frotiu uretral: dacă se suspicionează uretrita.
- INR, teste de coagulare: dacă pacientul ia warfarină sau se suspicionează o afecțiune hemoragică.
- Alte investigații (efectuate de obicei în spital): cultură din lichidul seminal pentru investigarea unei infecții profunde; ecografie transrectală și biopsie de prostată – pentru investigarea detaliată a prostatei; uretroscopie/cistoscopie – dacă se suspicionează o problemă structurală uretrală sau vezicală.

### SUGESTII

- Pentru ca pacientul să se simtă confortabil și capabil să descrie un istoric exact, MF trebuie să aibă o abordare sinceră și deschisă, și să folosească un limbaj simplu.
- Nu subestimați nivelul de anxietate al pacientului. Mulți dintre pacienți sunt convinși că suferă de o afecțiune gravă.
- Abordarea acestui simptom înseamnă mai mult a decide cu privire la măsurile care trebuie luate pentru stabilirea unui diagnostic precis, deoarece evaluarea în asistența primară demonstrează rareori o patologie subiacentă – este mult mai probabil ca tratamentul să fie influențat de vârsta și istoricul pacientului decât de caracteristicile clinice (vezi mai jos).
- Bărbații cu vârsta sub 40 de ani cu simptome de scurtă durată nu trebuie trimiși la medicul specialist deoarece riscul de a avea o afecțiune gravă este foarte mic. Bărbații în vârstă – și cei cu hemospermie persistentă sau recurentă, sau la care s-au descoperit anomalii la evaluarea inițială – necesită trimitere la medicul specialist pentru investigații suplimentare.

Scanned with OKEN Scanner

- Hemospermia are rareori cauze grave, dar acestea trebuie avute în vedere la bărbații cu vârsta peste 40 de ani, care prezintă mai multe episoade de hemospermie.
- Riscul unei afecțiuni grave este crescut dacă hemospermia este microscopică – acești pacienți trebuie trimiși la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# IRITAȚIA VULVARĂ

## Privire de ansamblu

Iritația vulvară include durere și prurit, fiind un simptom de prezentare foarte frecvent întâlnit în cabinetul MF. Jena pacientului poate însemna că mai întâi trebuie să existe un alt simptom ce poate justifica prezența la medic. Uneori, chiar aceasta este simptomul ce justifică vizita la medic, fiind mai ușor de discutat despre aceasta decât despre o problemă psihosexuală. Când vine vorba de sensibilitate, adevărata problemă ar trebui să apară în timpul consultației.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Infecția cu *Candida* (candidoza vaginală).
- Infecția cu *Trichomonas vaginalis*.
- Substanțe chimice: spumante de baie, detergenți, substanțe pentru igienă intimă.
- Traumatisme: lubrifiere insuficientă în timpul actului sexual.
- Vaginită atrofică.

OCAZIONALE

- Vulvită amoniacală cauzată de incontinența urinară.
- Afecțiuni cutanate (de exemplu, eczemă, psoriazis, lichen plan).
- Infestații: trichineloză, pediculoză pubiană.
- Probleme psihosexuale.
- Alte infecții (de exemplu, condiloame sau herpes genital).

RARE

- Diabet zaharat (în afară de infecția candidozică).
- Displazie vulvară (alți termeni folosiți: lichen scleroatrofic, leucoplazie).
- Cancer vulvar.
- Afecțiuni sistemice care produc prurit (de exemplu, icter, leucemie, insuficiență renală cronică, limfom).
- Psihogenă (nu este o problemă organică sau psihosexuală).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Candidoza vaginală* | *Infecția cu Trichomonas vaginalis* | *Substanțe chimice* | *Traumatism* | *Vaginită atrofică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prurit intens | Da | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Durere intensă | Posibil | Da | Da | Da | Da |
| Secreție de culoare albă | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Secreție cu miros de pește | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Mucoasă eritematoasă, uscată, subțiată | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** frotiu cervico-vaginal (FCV) (dacă se asociază și secreție).
**Posibile:** sumar de urină.
**Rareori:** HLG cu formulă, TFH, uree și electroliți, glicemie à jeun, biopsie vulvară.

- Sumar de urină: pentru glicozurie; diabetul zaharat predispune la candidoză vaginală, iar glicozuria însăși poate cauza vulvită.
- HLG cu formulă, TFH, uree și electroliți: dacă pruritul este generalizat sau pacienta are stare generală modificată, aceste teste pot arăta discrazie sangvină și disfuncție renală sau hepatică.
- Glicemie à jeun: pentru diagnosticarea sau excluderea unui diabet zaharat subiacent.
- FCV: identificarea agentului patogen, dacă este prezentă scurgerea vaginală; este util pentru tratamentul cazurilor mai dificile sau recurente.
- Biopsia vulvară (recomandată de medicul specialist): în cazul suspiciunii de displazie sau cancer vulvar, sunt necesare biopsii multiple.

### SUGESTII

- Este ușor de confundat ITU cu vulvita: disuria externă și contaminarea urinei cu puroi și sânge (în special dacă se asociază și scurgere vaginală) pot să inducă în eroare. Indiciile sunt: prezența unei iritații vulvare externe și absența polakiuriei.
- În cazurile neclare, examinati suprafața cutanată. Iritatia vulvară poate fi manifestarea unei afecțiuni cutanate primare, cum sunt eczema și psoriazisul.
- Etiologia poate fi multifactorială; unele cauze pot determina iritație chimică secundară prin spălare exagerată sau utilizarea substanțelor de igienă intimă. Este necesară o anamneză atentă pentru a descoperi cauza subiacentă și factorii care exacerbează iritația.
- Candidoza recurentă este o problemă particulară. Sunt disponibile o mulțime de strategii terapeutice, dar este important să alocați timp pentru analizarea percepției femeii asupra cauzei, explicarea diagnosticului și rezovarea oricărui factor agravant.

Scanned with OKEN Scanner

- Vaginita atrofică postmenopauză cauzează mai degrabă durere decât prurit. Displazia și unele cancere produc iritație intensă. Examinați aceste paciente și dacă aveți suspiciuni, trimiteți pentru biopsie la medicul specialist.
- În candidozele floride sau refractare, gândiți-vă și la posibilitatea unui diabet zaharat.
- Problemele psihosexuale grave se pot manifesta inițial prin iritație vulvară. Abordarea MF trebuie să fie deschisă și empatică. Fiți în mod special atent la orice observații făcute în timpul examinării fizice, pentru că acest lucru determină pacientul să dezvăluie adevărata cauză a problemei.
- Rareori, iritația vulvară persistentă este simptomul unei afecțiuni sistemice grave. Aveți în vedere această posibilitate dacă pacienta are prurit generalizat și stare generală modificată.
- Dacă este vorba de o BTS (de exemplu, herpes sau condiloame genitale), excludeți alte infecții.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SECREȚIILE VAGINALE

## Privire de ansamblu

Scurgerea sau secreția vaginală este un simptom întâlnit de obicei la femeile de vârstă reproductivă, dar poate apărea la orice vârstă; poate fi influențată de ciclul menstrual, utilizarea de anticoncepționale orale, vârstă, sarcină și activitate sexuală. Adesea tratamentul este simplu, dar dacă acesta eșuează sau există factori de risc pentru BTS, pacienta trebuie trimisă la medicul specialist ginecolog.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Secreții normale, dar excesive.
- Candidoză vaginală.
- Vaginoză bacteriană (VB).
- Vaginoză trichomoniazică (VT).
- Cervicită (gonococ, *Chlamydia*, herpes).

OCAZIONALE
- Ectropion cervical.
- Polip cervical.
- Tampon, inel vaginal sau alt corp străin în vagin.
- DCIU.
- Bartolinită.
- Salpingită.

RARE
- Neoplazie vulvovaginală.
- Neoplazie cervicală sau uterină.
- Fibrom uterin care sângerează.
- Piometrită.
- Fistula pelviană.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Normal* | *Candidoză vaginală* | *VB* | *VT* | *Cervicită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prurit intens | Nu | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Miros neplăcut | Nu | Nu | Da | Da | Posibil |
| Durere vulvară | Nu | Da | Nu | Da | Posibil |
| Secreție galbenă/verde/gri (mucopurulentă) | Nu | Nu | Da | Da | Da |
| Col uterin inflamat | Nu | Nu | Nu | Da | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** frotiu cervico-vaginal (FCV).
**Posibile:** frotiu endocervical, frotiu uretral, test urinar pentru *Chlamydia*, glicemie à jeun.
**Rareori:** investigații suplimentare recomandate de medicul specialist.
Majoritatea MF se limitează la FCV, frotiu endocervical și test de urină. Cei cu un interes special ar putea face ei înșiși examenul microscopic.

- FCV: este un test simplu, care detectează ușor candidoza, VB sau VT.
- La examenul microscopic cu ser fiziologic se pot decela celulele-cheie în VB, *Trichomonas* mobili în VT.
- Colorația Gram a exsudatului cervical sau uretral evidențiază diplococi colorați negativ în aproximativ 85% dintre infecțiile gonococice.
- Frotiu endocervical pentru ELISA: este testul cel mai important în detectarea *Chlamydiei*.
- Testul amplificării ADN din jetul urinar inițial (nu urocultură) pentru *Chlamydia* este un test neinvaziv și relativ acceptabil pentru pacienți.
- Investigațiile recomandate de medicul specialist includ D & C sau histeroscopie (pentru un posibil neoplasm) și clismă baritată (pentru fistula anală).

### SUGESTII

- Este rezonabil să diagnosticați și să tratați o candidoză vaginală la o femeie cu simptome clasice care a avut și anterior această problemă – multe femei s-au autotratat cu succes. Dar dacă aveți îndoieli asupra diagnosticului, examinați și investigați pacienta dacă este cazul.
- Merită să acordați timp suficient pacientei cu candidoză vaginală recurentă – consilierea completată cu informații scrise pentru pacientă poate ajuta la minimizarea problemei în viitor.
- Asigurați-vă că ați recoltat toate frotiurile necesare (FCV, endocervical, uretral) – nu se știe niciodată când veți avea nevoie de ele.
- Preocuparea excesivă în legătură cu secrețiile normale ar putea masca o problemă sexuală sau ceva mai grav – puneți întrebări cu discreție.
- Candidoza vaginală recurentă poate fi primul semn al unui diabet zaharat nediagnosticat. Întrebați pacienta dacă prezintă sete excesivă, poliurie și stare de oboseală; glicemia à jeun este necesară dacă există suspiciunea de diabet zaharat sau pacienta are antecedente heredo-colaterale de diabet.

Scanned with OKEN Scanner

- Secreția vaginală este un simptom rar întâlnit înainte de pubertate; de aceea, nu omiteți posibilitatea unui abuz sau corp străin în vagin.
- La o femeie în postmenopauză care prezintă o scurgere vaginală se impune un examen pelvian complet, deoarece cancerul este una dintre cele mai probabile cauze.
- O eroziune floridă este cel mai probabil cauzată de cervicita chlamidiană – luați un frotiu și tratați adecvat.
- Dacă suspicionați o BTS trimiteți pacienta la medicul specialist ginecolog pentru o evaluare completă și urmărirea contacților sexuali. De asemenea, trebuie să trimiteți de urgență la medicul specialist pacientele care prezintă simptome sistemice asemănătoare gripei și febră asociate cu durere pelviană și scurgere vaginală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ULCERAȚIILE PENIENE

## Privire de ansamblu

Acest simptom este aproape întotdeauna însoțit de teama de o boală cu transmitere sexuală, chiar la bărbații vârstnici sau la cei care nu mai sunt activi sexual. Poate avea multe cauze, multe dintre acestea fiind grave și necesită investigare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Infecția cu virus Herpes simplex (HSV).
- Furuncul/chist sebaceu infectat.
- Balanită: bacteriană sau fungică.
- Traumatism: leziune provocată de fermoar (cel mai frecvent), ruperea frenulumului, automutilare.
- Balanită sclerotică obliterantă (BXO).

OCAZIONALE

- Zona zoster.
- Sindrom Reiter: balanită circinată.
- Eczemă alergică de contact.
- Șancroid (*Haemophilus ducreyii*).
- Granulom inghinal (*Donovania granulomatis*: infecție tropicală).

RARE

- Sifilis (șancru).
- Cancer al penisului.
- Tuberculoză.
- Afecțiuni dermatologice (de exemplu, sindromul Behçet, lichen plan).
- Erupție medicamentoasă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Infecție cu Herpes simplex* | *Furuncul* | *Balanită* | *Traumatism* | *BXO* |
|---|---|---|---|---|---|
| Disurie | Posibil | Nu | Posibil | Posibil | Posibil |
| Contact cu simptome | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Hipertrofia ganglionilor inghinali | Da | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Leziune unică discretă | Nu | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Stare generală modificată | Posibil | Nu | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** frotiu, serologia sifilisului.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă și VSH/PrCR.
**Rareori:** testul patch, biopsie.

- Sumar de urină: în balanită, pentru diagnosticul diabetului zaharat.
- Frotiu: pentru detectarea infecțiilor, de exemplu Herpes simplex, *Candida*, șancroid, limfogranulomatoza veneriană și granulomul inghinal (dacă se suspicionează o BTS, alte teste sangvine și frotiuri pentru o afecțiune coexistentă se efectuează la recomandarea medicului specialist).
- HLG cu formulă și VSH/PrCR: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în infecții sau inflamații grave (de exemplu, sindromul Reiter).
- Serologia sifilisului: dacă se suspicionează sifilisul (*Notă*: testul se poate pozitiva la trei luni de la infecția inițială.)
- Testul patch: dacă se suspectează eczema alergică de contact.
- Biopsia (recomandată de medicul specialist): pentru a confirma o afecțiune maligănă sau o afecțiune cutanată subiacentă (de exemplu, lichenul plan).

### SUGESTII

- Obțineți istoricul sexual complet, chiar la pacienții vârstnici. Dacă se suspicionează o BTS, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru investigații complete, consiliere și urmărirea contacților.
- Diagnosticul de infecție cu HSV induce pacientului o serie de îngrijorări, unele justificate, altele mai puțin.
- Acordați pacientului timp suficient pentru a vorbi
- Indiferent de cauză, este foarte posibil ca pacientul să se teamă de BTS. Asigurați-vă că această îngrijorare este rezolvată.
- În cazurile neclare, întrebați pacientul despre afecțiuni cutanate coexistente sau anterioare – vă poate ajuta în punerea diagnosticului (de exemplu, lichenul plan).

Scanned with OKEN Scanner

- Un istoric al călătoriilor sau al contactelor sexuale cu persoane străine este foarte important: unele cauze neclare sunt „tropicale".
- Obțineți istoricul sexual: în general, sifilisul este rar, dar este mai frecvent la homosexuali.
- Balanita (uretrita), artrita și conjunctivita formează triada caracteristică sindromului Reiter. Întotdeauna faceți o anchetă generală minuțioasă.
- O ulcerație singulară, neexplicată și persistentă trebuie atent investigată deoarece este posibil cauzată de o afecțiune gravă (infecție sau cancer).
- Nu omiteți diabetul zaharat în balanita candidozică gravă sau recurentă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ULCERAȚIILE VULVARE

## Privire de ansamblu

Acest simptom de multe ori neplăcut este mai puțin frecvent, dar foarte important, deoarece multe dintre cauze sunt grave și necesită investigații, tratament și monitorizare de specialitate. Adesea, pacienta are dificultăți în vizualizarea și descrierea acestui tip de leziuni, astfel că examinarea adecvată este esențială pentru stabilirea diagnosticului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Infecție cu virus Herpes simplex (HSV).
- Candidoză (în special dacă leziunea este foarte excoriată).
- Displazie vulvară.
- Cancer cu celule scuamoase (CCS): 95% dintre neoplasmele vulvare.
- Scabie excoriată.

OCAZIONALE

- Eczemă alergică de contact.
- Șancroid: *Haemophilus ducreyii* (tropical).
- Granulom inghinal: *Donovani granulomatis* (tropical).
- Limfogranulomatoză venerianã: *Chlamydia trachomatis* (tropical).
- Alte afecțiuni maligne (de exemplu, CCB, melanom, adenocarcinom, sarcom).
- Zona zoster.

RARE

- Sifilis și granulom tropical.
- Sindromul Behçet.
- Tuberculoză.
- Erupție medicamentoasă.
- Afecțiuni cutanate (de exemplu, pemfigus și pemfigoid).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *HSV* | *Candidoză* | *Displazie vulvară* | *CCS* | *Scabie excoriată* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră, stare generală alterată | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Parestezii la debut | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Prurit | Nu | Da | Da | Posibil | Da |
| Secreție vaginală | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Limfadenopatie inghinală | Da | Nu | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, frotiu pentru microscopie și culturi.
**Posibile:** glicemie à jeun, biopsie (recomandată de medicul specialist).
**Rareori:** serologia sifilisului, testul patch.

- Sumarul de urină: glicozuria poate fi prezentă în cazul unui diabet zaharat care se manifestă inițial cu o infecție candidozică recurentă; glicemie à jeun – pentru a exclude sau diagnostica diabetul zaharat.
- Frotiu pentru microscopie și culturi: pentru diagnosticul infecției – HSV, candidoză, șancroid, granulom inghinal, limfogranulomatoza veneriană (dacă se suspicionează o boală cu transmitere sexuală, medicul specialist va recomanda alte examene bacteriologice și sangvine pentru a diagnostica infecția coexistentă).
- Serologia sifilisului: dacă se suspicionează sifilisul. (*Notă*: serologia nu se pozitivează decât după trei luni de la contactul infectant.)
- Testul patch: este de ajutor pentru diagnosticul eczemei alergice.
- Biopsia (recomandată de medicul specialist): în cazul unei ulcerații persistente – poate evidenția un cancer, displazia vulvară sau o afecțiune cutanată subiacentă.

### SUGESTII

- Diagnosticul de infecție cu HSV poate fi traumatizant pentru pacientă. Explicați-i natura problemei și caracterul ei recurent, inclusiv implicațiile pentru partenerul sexual și sarcinile viitoare.
- Dacă pacienta prezintă ulcerații vulvare recurente, spuneți-i să se prezinte la cabinet la următorul atac pentru a vedea leziunile și a efectua testele microbiologice.
- În cazurile neclare, nu vă limitați la anamneză și examenul vulvei. Leziunile localizate în alte zone (de exemplu, pemfigus sau sindromul Behçet) pot oferi indicii necesare diagnosticului.

Scanned with OKEN Scanner

- Istoricul călătoriilor și al contactelor sexuale cu persoane străine este foarte important, având în vedere numărul cauzelor „tropicale".
- Cauzele mai simple (HSV și candidoza excoriată severă) produc ulcere multiple, diagnosticul fiind evident din anamneză și examinare. Fiți foarte atent la orice ulcerație vulvară singulară și persistentă: cauza poate fi gravă.
- Dacă suspicionați o boală cu transmitere sexuală, trimiteți urgent pacienta la medicul specialist ginecolog pentru investigații și evaluarea contacților sexuali.
- Nu omiteți posibilitatea unui diabet zaharat nediagnosticat în candidoza gravă.
- Gravida aproape de termen cu infecție herpetică primară poate transmite virusul fătului – o situație cu morbiditate și mortalitate semnificative. Medicul obstetrician va stabili dacă este necesară intervenția cezariană electivă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MEMBRE

**Durerea de braț**

**Durerea de gambă**

**Durerea de picior**

**Durerea monoarticulară acută**

**Durerea musculară**

**Durerea poliarticulară**

**Durerea recurentă de genunchi**

**Durerea recurentă de șold la adult**

**Edemul gambei**

**Edemul gleznelor**

**Ulcerațiile piciorului**

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA DE BRAȚ

## Privire de ansamblu

Durerea de braț este un simptom frecvent în cabinetul MF și care poate avea multe cauze. Multe afecțiuni sistemice (de exemplu, artrita sau neuropatia) produc simptome diferite, care pot implica și brațul – acestea nu se regăsesc în acest capitol. Aici este tratată durerea specifică brațului sau cea reflexă în braț.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Întindere musculară simplă.
- Epicondilită (cotul tenismenului, cotul jucătorului de golf).
- Capsulită/bursită subacromială.
- Spondiloză cervicală.
- Angină pectorală.

OCAZIONALE
- Tenosinovita de Quervain.
- Sindromul de tunel carpian.
- Coasta cervicală.
- Nevrita brahială și ulnară (inclusiv durerea postherpetică).
- Prolaps de disc cervical sau toracic.

RARE
- BRGE.
- Afecțiuni maligne: cancer osos local, al măduvei spinării, al coloanei vertebrale sau pulmonar.
- Anevrism subclavicular.
- Scleroză multiplă.
- Aortită sifilitică.
- Sindromul de apertură toracică superioară.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Epicondilită* | *Întindere musculară* | *Spondiloză cervicală* | *Capsulită/bursită* | *Angină pectorală* |
|---|---|---|---|---|---|
| Se agravează la mișcarea cotului/a mâinii | Da | Da | Posibil | Da | Nu |
| Parestezii la nivelul mâinii | Nu | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Legată de efort | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Sensibilitate locală a brațului | Da | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Limitarea mișcărilor | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFT, ECG, ECG la efort, studii de conducere nervoasă, radiografie toracică și de coloană cervicală.
**Rareori:** alte examene radiologice/scintigrafie osoasă, RMN, puncție lombară, serologia sifilisului.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: se poate evidenția anemie; VSH/PrCR cresc în afecțiuni inflamatorii.
- TFT: mixedem și sindrom de tunel carpian asociat.
- Radiografia cervicală: pentru confirmarea și evaluarea gravității spondilozei cervicale – dar spondiloza cervicală evidențiată pe radiografie nu se corelează adecvat cu simptomele și poate fi doar o constatare întâmplătoare.
- ECG și ECG la efort: pentru confirmarea unui posibil diagnostic de angina pectorală.
- Studii de conducere nervoasă: pentru confirmarea compresiei unui nerv (de exemplu, nervul median în sindromul de tunel carpian).
- Radiografie toracică: pentru tumorile apicale.
- Alte examene radiologice/scintigrafie osoasă: dacă se suspicionează o tumoră osoasă (în special metastaze).
- RMN, puncție lombară: pentru SM sau pentru vizualizarea unei posibile leziuni a măduvei spinării (recomandate de medicul specialist).
- Serologia sifilisului: în cazurile rare de sifilis.

### SUGESTII

- Este tentant să considerăm durerea de braț ca ceva banal; de fapt, anamneza atentă este foarte importantă pentru a exclude afecțiunile grave mai neobișnuite, iar examenul fizic trebuie doar să confirme un diagnostic deja formulat.
- Pacienții care prezintă o durere la nivelul brațului – în special dacă este asociată cu parestezii intermitente – sunt de multe ori îngrijorați de faptul că diagnosticul poate fi angina pectorală sau accidentul vascular cerebral. Asigurați-vă că aceste temeri sunt explorate în mod corespunzător.

Scanned with OKEN Scanner

- Evoluția naturală a multora dintre cele mai comune probleme (de exemplu, bursita subacromială, epicondilita) poate fi destul de prelungită. Spuneți-i clar pacientului acest lucru de la început, pentru a-l ajuta să-și mențină încrederea în dumneavoastră dacă simptomele se ameliorează în timp.
- Sindromul aperturii superioare a toracelui este dificil de diagnosticat. Trimiteți pacientul la un chirurg toracic cu experiență.

- Fiți atent dacă pacientul prezintă parestezii și durere la nivelul brațului, în special dacă se asociază și slăbiciune la nivelul mâinii sau al brațului: poate fi vorba de o compresie nervoasă sau altă afecțiune neurologică gravă.
- Singurul simptom al anginei pectorale poate fi durerea de braț. Stabiliți cu atenție tiparul durerii.
- Tumora pulmonară apicală (tumora Pancoast) poate cauza durere intensă în braț cu mult înainte de apariția altui semn. Investigați cu atenție fumătorii cu dureri neexplicate în braț.
- Dacă durerea este intensă și persistentă, diagnosticul nu este evident din anamneză sau pacientul prezintă mișcări nerestricționate ale brațelor, luați în considerare și alte diagnostice mai puțin frecvente.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA DE GAMBĂ

## Privire de ansamblu

Durerea de gambă nu este îngrijorătoare decât dacă este însoțită de edem. De obicei, este cauzată de o crampă, mai frecventă la persoanele vârstnice. La acestea, este destul de supărătoare deoarece produce tulburări de somn. Unele dintre cauzele mai rare, cum este boala vasculară periferică, au implicații importante; de aceea, este necesară o evaluare minuțioasă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Crampe idiopatice (simple) (inclusiv crampele nocturne).
- Rigiditate musculară (efort neobișnuit).
- Celulită.
- Boală vasculară perferică (BVP; claudicație intermitentă).
- Leziune musculară (de exemplu, întindere).

OCAZIONALE

- Durere reflexă lombară (L4 și L5).
- Durere reflexă de genunchi (artropatie, infecție).
- Neuropatie diabetică sau alcoolică.
- Crampe cauzate de hipocalcemie sau tulburări electrolitice.
- Chist Baker rupt.
- Tromboză venoasă profundă (TVP).
- Tromboflebită.

RARE

- Boală de neuron motor.
- Scleroză multiplă.
- Deficiență de enzime musculare.
- Psihologică: tensiune musculară.
- Intoxicație cu plumb sau stricnină.
- Ruptura tendonului lui Achile.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Crampe* | *Rigiditate* | *Celulită* | *Leziune musculară* | *BVP* |
|---|---|---|---|---|---|
| Se agravează noaptea | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Stare generală modificată | Nu | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Se agravează la efort | Posibil | Da | Posibil | Da | Da |
| Edem gambier | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Extremități reci | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** sumar de urină, număr de leucocite, VSH/PrCR, uree și electroliți, TFH, glicemie, D-dimer.
**Rareori:** ecografie, venogramă, angiografie.

- Sumar de urină: densitate, glucoză și proteine (hiper- sau hipohidratare, diabet zaharat, insuficiență renală – cauze ocazionale pentru crampele simple).
- Număr de leucocite, VSH/PrCR: cresc în infecții; VSH/PrCR cresc în artropatii.
- Uree și electroliți, și calciu: pentru verificarea funcției renale și tulburări electrolitice (de exemplu, după administrarea de diuretice, hipocalcemie).
- TFH și glicemie: pentru neuropatia alcoolică sau diabetică.
- D-dimer (se efectuează în spital): un nivel crescut sugerează TVP, dar nu este concludent.
- Dacă se suspicionează TVP, se trimite de urgență la medicul specialist pentru ecografia venelor membrelor inferioare cu sau fără venogramă.
- Medicul specialist poate recomanda efectuarea unei angiografii dacă se suspicionează boala vasculară periferică.

### SUGESTII

- Obțineți o anamneză minuțioasă pentru a scuti pacientul de investigații inutile și de un eventual tratament anticoagulant. Ruptura musculară sau TVP pot produce edemul și încălzirea gambei, dar ruptura musculară este precedată de o durere bruscă și intensă, descrisă adesea ca o lovitură puternică.
- Este greu de deosebit o întindere musculară simplă de claudicație. Durerea musculară produce disconfort imediat ce pacientul se oprește; de obicei, claudicația începe după ce pacientul a parcurs o anume distanță.
- Pacienții cu flebită superficială se tem de o TVP; de aceea, trebuie să le explicați diferențele dintre cele două afecțiuni.
- Nu omiteți ruptura tendonului achilian; uneori, simptomele inițiale pot fi mai puțin dramatice decât vă așteptați.

Scanned with OKEN Scanner

- Rareori, copiii se plâng de crampe (deși sunt obișnuite); evitati să puneți diagnosticul de „dureri de creștere" înainte de a exclude cauze mai grave.
- Investigați cu atenție un pacient adult care prezintă o crampă simplă cu debut recent dacă este asociată cu stare generală modificată.
- Claudicația însoțită de durere în timpul nopții la nivelul boltei piciorului sugerează o ischemie gravă – trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.
- Teoretic, semnul Homan este pozitiv în toate afecțiunile dureroase ale gambei; nu este diagnostic pentru TVP.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA DE PICIOR

## Privire de ansamblu

Este dificil pentru pacienți să ignore o durere de picior și de aceea se prezintă la MF având un istoric de scurtă durată. Cauzele locale sunt predominante, dar trebuie să aveți în vedere și alte etiologii: durere reflexă de la rădăcinile nervoase L1 (pe marginea laterală a piciorului) și L5 (regiunea dorsală a labei piciorului până la haluce). Durerea de gleznă nu este tratată în acest capitol.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Gută.
- Veruci.
- Bursită/hallux valgus.
- Unghie încarnată infectată.
- Fasciită plantară.

OCAZIONALE
- Neuromul Morton.
- Metatarsalgie.
- Artrită (artroză sau reumatoidă).
- Tendinita/bursita tendonului lui Achile.
- Edem.
- Corp străin.

RARE
- Fractură de efort.
- Boala Sever (apofizita calcaneului), de obicei în adolescență.
- Osteocondrită: naviculară – boala Köhler; capul metatarsianului II și III – boala Freiberg.
- Osteomielită și artrită septică.
- Eritromelalgia și polineuropatia dureroasă.
- Ischemie.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Gută* | *Veruci* | *Bursită* | *Unghie încarnată infectată* | *Fasciită plantară* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere în partea anterioară a piciorului | Da | Posibil | Da | Da | Nu |
| Articulație(i) foarte dureroasă | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Durere la repaus | Da | Nu | Nu | Posibil | Nu |
| Călcâi dureros | Nu | Posibil | Nu | Nu | Da |
| Debut brusc | Da | Nu | Nu | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă, VSH/PrCR, factor reumatoid, acid uric, radiografii.
**Rareori:** scintigrafie osoasă, angiografie.
**NOTĂ:** când se asociază edem, este necesară investigare suplimentară (vezi Edemul gleznelor, pag. 202).

- Sumarul de urină: poate evidenția glicozuria în cazul unui diabet zaharat nediagnosticat complicat cu neuropatie (suspiciunea de neuropatie necesită investigare suplimentară).
- HLG cu formulă, VSH/PrCR: numărul de leucocite și VSH/PrCR crescute în infecții și inflamații severe.
- Factorul reumatoid: este util pentru prognostic dacă durerea de picior apare în cadrul unei artrite reumatoide.
- Acidul uric: dacă se suspicionează guta, în special în cazul unor crize recurente și dacă se are în vedere profilaxia.
- Radiografia: dacă se suspicionează artrita, osteomielita, fractura de efort, osteocondrita, corp străin radioopac. Dacă suspiciunea clinică este mare și radiografia este neconcludentă, poate fi de ajutor scintigrafia osoasă.
- Angiografia: pentru piciorul ischemic cu durere de repaus.

### SUGESTII

- Majoritatea cauzelor sunt evidente din anamneză sau din examenul clinic, dar trebuie să vă gândiți că etiologia poate implica o cauză neobservată care necesită investigare.
- Diagnosticul diferențial între gută și bursită poate fi dificil. În cazul gutei, pacientul a avut crize anterioare, debutul este brusc, articulația este extrem de dureroasă și mișcările în articulație sunt foarte limitate.
- Indiciile importante pentru diagnostic pot fi obținute din anamneză, în special în cauzele mai rare. Astfel, neuromul Morton cauzează o durere ascuțită care iradiază adesea în degetele III și IV și care se ameliorează când pacientul își scoate pantoful; în fasciita plantară, senzația dureroasă este descrisă ca „mersul pe pietriș", în special după repaus; fractura de efort produce durere care inițial apare în mod predictibil la efort și care tinde să devină continuă, cu sensibilitate osoasă locală și, posibil, tumefacție.

Scanned with OKEN Scanner

- Când o durere arteriopatică cunoscută, localizată în partea anterioară a piciorului, perturbă somnul pacientului, diagnosticul cel mai probabil este ischemia gravă; pacientul trebuie trimis de urgență la medicul specialist.
- Febra, starea generală alterată și durerea osoasă intensă și localizată asociate cu semne de infecție locală sugerează osteomielita sau artrita septică până la proba contrarie. Pacientul trebuie trimis la spital.
- Durerea fără semne evidente – în special sensibilitate – la nivelul piciorului sugerează ischemie, neuropatie sau o leziune a rădăcinii nervoase L5/S1.
- Dacă nu se descoperă nicio cauză evidentă, dar pacientul prezintă durere foarte localizată la nivelul tălpii, la distanță de călcâi, aveți în vedere un corp străin.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA MONOARTICULARĂ ACUTĂ

## Privire de ansamblu

Durerea monoarticulară acută este o problemă foarte frecventă în asistența medicală primară. De obicei, pacientul are puține semne fizice, deși uneori este prezentă o monoartrită veritabilă, cu toate semnele clasice de inflamație. În general, factorul etiologic cel mai probabil este traumatismul, deși și alte boli ar putea afecta articulația. La pacienții vârstnici, agravarea artrozei este frecventă; de asemenea, această afecțiune poate produce durere poliarticulară. Genunchiul este, probabil, articulația cel mai frecvent afectată.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Exacerbare acută a artrozei.
- Sinovită traumatică.
- Gută/pseudogută.
- Condromalacia rotulei (CR) și alte sindroame dureroase ale zonei anterioare a genunchiului.
- Hemartroza traumatică (de exemplu, după lezarea ligamentului încrucișat).

OCAZIONALE

- Fractură.
- Boala Reiter.
- Artrita psoriazică.
- Artrita reumatoidă (AR).
- Tendinita rotulei, boala Osgood-Schlatter.

RARE

- Artrită septică (AS).
- Hemofilie.
- Infecție locală tropicală [de exemplu, piciorul de Madura (micetomul piciorului), filariaza].
- Neoplasm (de obicei, metastază).
- Necroză avasculară.
- Subluxație recurentă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Artroză* | *CR/durerea genunchiului anterior* | *Sinovită* | *Gută* | *Hemartroză traumatică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Posibil | Nu | Da | Posibil | Da |
| Istoric de traumatism acut | Posibil | Nu | Da | Posibil | Da |
| Problemă recidivantă | Da | Da | Nu | Da | Nu |
| Durere poliarticulară | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Nu |
| Articulație caldă, roșie | Nu | Nu | Nu | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, acid uric, radiografii, aspirație articulară (în monoartrita unei articulații mari).
**Rareori:** factor reumatoid, teste de coagulare/evaluarea factorului VIII, artroscopie.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și creșterea VSH/PrCR în infecții, afecțiuni sistemice inflamatorii; Hb poate fi redusă în afecțiuni inflamatorii.
- Acidul uric: odată atacul ameliorat, este de ajutor pentru confirmarea diagnosticului clinic de gută (în special dacă se ia în considerare tratamentul cu allopurinol).
- Factorul reumatoid: este de ajutor dacă simptomele sugerează AR.
- Examenul radiologic: este esențial dacă se suspectează o fractură. De asemenea, poate evidenția artroza, necroza avasculară, cancerul; poate ajuta la diferențierea artritei psoriazice de AR.
- Aspirația sterilă a lichidului articular: se pot evidenția: puroi (artrită septică), sânge (hemartroză) și cristale (gută/pseudogută).
- Teste de coagulare/factor VIII: dacă se suspicionează hemofilia.
- Artroscopia: medicul specialist poate recomanda artroscopia dacă traumatismul a produs hemartroză.

### SUGESTII

- Într-o posibilă monoartrită, testele sangvine pentru bolile autoimune pot induce în eroare. Diagnosticul trebuie să fie clinic; trestele sangvine doar susțin diagnosticul și oferă informații prognostice. Teste pozitive pot apărea la pacienți normali – feriți-vă să considerați inadecvat o problemă nesemnificativă ca o artrită gravă pe baza unui test de sânge.
- Guta determină durere intensă, care limitează mișcările, și stare subfebrilă. Artrita septică produce un tablou clinic similar, dar cu restricție marcată a mișcărilor și, de obicei, cu febră mare. Dacă aveți dubii, recomandați evaluare de urgență.
- În cazurile neclare, faceți o anamneză și examinare fizică minuțioase. De exemplu, în boala Reiter, simptomele uretritei sau ale conjunctivitei pot fi minime sau omise; în artrita psoriazică, pot apărea doar leziuni cutanate nesemnificative.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă pacientul are o singură articulație roșie, foarte caldă și foarte dureroasă, cu limitare marcată a mișcărilor și stare generală alterată, excludeți artrita septică: internați pacientul.
- De obicei, hemartroza se dezvoltă rapid după un traumatism și indică o afectare gravă, ce impune trimiterea imediată la medicul specialist; exsudatul determinat de sinovită apare de obicei după una sau mai multe zile și este mai puțin urgent.
- Diagnosticul cel mai probabil la un bărbat tânăr care prezintă monoartrită a genunchiului este boala Reiter.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA MUSCULARĂ

## Privire de ansamblu

Durerea musculară (mialgia) are o multitudine de cauze. Este necesară o anamneză atentă pentru a deosebi durerea musculară de cea articulară și durerea musculară de slăbiciunea musculară. Uneori, aceste simptome coexistă. Crampele, care cauzează durere musculară tranzitorie, sunt tratate în alt capitol (vezi Durerea de gambă, pag. 178)

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Suprasolicitare (inclusiv întinderea musculară).
- Infecții virale acute.
- Depresie.
- Polimialgia reumatică (PMR).
- Efect secundar al statinelor (mialgia este mai frecventă ca miozita).

OCAZIONALE

- Artralgie reflexă (de exemplu, de la șold în coapsă, de la gât în umăr, de la umăr în braț).
- Fibromialgie.
- Sindromul oboselii cronice.
- Boli de țesut conjunctiv: de exemplu, AR, LES, poliarterita nodoasă (PAN), sclerodermia.
- Boală vasculară perferică: claudicație intermitentă.
- Neuropatii: diabetică, alcoolică.
- Boala Bornholm (mialgia epidemică).
- Hipotiroidism.
- Medicamente: statine, clofibrat, sevraj la droguri de stradă, chimioterapie, litiu, cimetidină.

RARE

- Polimiozită (mai frecvent slăbiciune musculară, nu mialgie).
- Dermatomiozită la adult și copil.
- Cancer subiacent.
- Porfirie.
- Sindrom Guillain-Barré și poliomielită.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Suprasolicitare* | *Infecții virale* | *Depresie* | *PMR* | *Efect secundar al stat* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Da | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Redoare matinală | Da | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Vag generalizată | Nu | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Persistentă | Nu | Nu | Da | Da | Da |
| Sensibilitate musculară | Da | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR.
**Posibile:** sumar de urină, teste sangvine pentru boli autoimune, TFT, TFH, glicemie, creatin fosfokinază (CPK).
**Rareori:** radiografie articulară și toracică; angiografie, electromiografie, biopsie musculară, puncție lombară, porfirine urinare – recomandate de medicul specialist.

- Sumar de urină: glicozurie în diabet zaharat nediagnosticat.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR: Hb scade în bolile de țesut conjunctiv și PMR; numărul de leucocite și VSH/PrCR cresc în boli inflamatorii (VSH este mai util decât PrCR în PMR); MCV crește în hipotiroidism și consum excesiv de alcool.
- Teste sangvine pentru boli autoimune: sunt de ajutor în suspiciune de boală de țesut conjunctiv.
- TFT: pot confirma hipotiroidismul.
- Glicemia, TFH: glicemia – pentru confirmarea diabetului zaharat; TFH – pentru alcoolism. Ambele afecțiuni pot cauza neuropatie cu mialgii.
- CPK: crește în miopatiile inflamatorii și virale.
- Radiografii articulare: în cazul durerii reflexe determinată de o artropatie primară.
- Angiografie: pentru boala vasculară periferică.
- Electromiografie și biopsie musculară (recomandate de medicul specialist): pentru a confirma diagnosticul de polimiozită sau dermatomiozită.
- Puncția lombară: pentru analiza LCR (în spital) în suspiciunea de poliomielită sau sindrom Guillain-Barré.
- Porfirine urinare: pentru a exclude porfiria.
- Alte investigații pentru suspiciunea de cancer, de exemplu, radiografie toracică.

### SUGESTII

- În cazul pacienților polisimptomatici cu durere musculară, dar fără semne obiective și cu teste sangvine normale, trebuie să aveți în vedere fibromialgia, depresia și sindromul oboselii cronice (*Notă*: aceste probleme pot coexista).
- Diagnosticul de PMR este confirmat printr-o probă terapeutică cu prednisolon (20 mg/zi). În PMR, tratamentul determină rezoluția simptomelor în câteva zile.
- Este mai probabil ca durerea musculară să se asocieze cu o afecțiune gravă la pacienții foarte tineri sau vârstnici decât la cei de vârstă mijlocie, la care cauzele psihologice și suprasolicitarea sunt mai probabile.

Scanned with OKEN Scanner

- Gândiți-vă întotdeauna la PMR în cazul unui pacient vârstnic care acuză dureri intense și redoare la nivelul șoldului și a centurii scapulare, care se accentuează dimineața.
- Dacă este vorba de PMR sau ați inițiat tratamentul pentru această afecțiune, întrebați pacientul despre apariția simptomelor arteritei temporale. Dintre acești pacienți, 30% dezvoltă această complicație și au risc de orbire.
- Durerea musculară asociată cu stare de slăbiciune progresivă (de exemplu, dificultăți la urcarea scărilor sau la ridicarea de pe scaun) sugerează polimiozita, hipotiroidismul sau o afecțiune malignă.
- Artrita asociată cu mialgie sugerează o afecțiune subiacentă gravă (de exemplu, PMR, polimiozită, dermatomiozită sau o boală de țesut conjunctiv).

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA POLIARTICULARĂ

## Privire de ansamblu

Gama cauzelor durerii poliarticulare cuprinde afecțiuni acute, cronice și cronice recidivante. La pacienții vârstnici, cauza cea mai frecventă este artroza multiplă; la adulții de vârstă mijlocie, predomină afecțiunile inflamatorii, iar la tineri sunt mai probabile bolile sistemice.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Artrita reumatoidă (AR).
- Artropatia psoriazică.
- Poliartrită virală (de exemplu, hepatita, rubeola).
- Boli de țesut conjunctiv (de exemplu, LES, sclerodermie sistemică, polimiozită, poliarterită nodoasă, arterită cu celule gigantice).
- Artroză multiplă.

OCAZIONALE

- Spondiloartrita: spondilita anchilozantă, boala Reiter, artrita enteropatică, sindromul Behçet, artrita cronică juvenilă.
- Sindromul Henoch-Schönlein.
- Cancer (de obicei, metastaze).
- Iatrogenic: corticosteroizi, izoniazidă, hidralazină.
- Sarcoidoza.

RARE

- Criza siclemică.
- Amiloidoza.
- Reumatism articular acut.
- Infecții sistemice rare (de exemplu, boala Lyme, boala Weil, bruceloza, sifilis secundar).
- Boala de decompresie.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *AR* | *Psoriazis* | *Poliartrită virală* | *Boli de țesut conjunctiv* | *Artroză multiplă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Simetrică | Da | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil |
| Erupție | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Febră, stare generală alterată | Posibil | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Pacient tânăr | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Autolimitantă | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, autoanticorpi.
**Posibile:** sumar de urină, uree și electroliți, HLAB27, radigrafii articulare, analiza lichidului articular (aspirație).
**Rareori:** frotiu sangvin, serologie, creatin fosfokinază, radiografie toracică, scintigrafie osoasă, test Kveim.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR, frotiu sangvin: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în inflamații acute și infecții; anemie în boli cronice; frotiu sangvin pentru celule siclemice.
- Screening pentru autoanticorpi: factorul reumatoid este pozitiv în majoritatea cazurilor de AR, dar se pozitivează și în multe dintre afecțiunile imune și infecții cronice; factorul antinuclear este pozitiv în 90% dintre cazurile de LES, dar și în 30% dintre cazurile de AR, precum și în multe alte afecțiuni.
- Sumarul de urină: în cazul afectării renale din bolile de țesut conjunctiv, poate apărea proteinuria sau hematuria.
- Uree și electroliți: pentru evaluarea funcției renale în cazul afectării renale din bolile de țesut conjunctiv.
- HLAB27: prevalența crescută în spondiloartrită.
- Serologie: utilă pentru diagnosticul infecțiilor virale sau sistemice rare. Titrul ASLO, dacă este crescut, sugerează o infecție streptococică recentă (de exemplu, în reumatismul articular acut).
- Creatin fosfokinaza: nivel crescut în polimiozită.
- Radiografii articulare: radiografia mâinii poate evidenția elemente caracteristice care ajută diagnosticul diferențial între AR și artrita psoriazică; radiografiile pelvisului și ale coloanei lombare pot arăta modificări tipice ale spondilitei anchilozante (dacă sunt negative și suspiciunea clinică este mare, poate fi de ajutor o scintigrafie osoasă); radiografia articulațiilor afectate poate confirma diagnosticul clinic de artroză.
- Radiografie toracică: pentru neoplasmul pulmonar.
- Analiza lichidului sinovial: pentru diferențierea artropatiei inflamatorii, infecțioase și produsă de cristale.
- Testul Kveim: pentru diagnosticul sarcoidozei.

Scanned with OKEN Scanner

## SUGESTII

- Bolile de țesut conjunctiv pot afecta aproape orice organ. Obțineți o anamneză minuțioasă pentru a nu omite niciun indiciu pentru diagnostic sau complicație.
- Examinați cu atenție tegumentul, deoarece puteți obține indicii pentru diagnostic (de exemplu, erupție cu cruste în psoriazis, rash „în fluture" în LES, tegument îngroșat în sclerodermă și erupție heliotropă în dermatomiozită).
- Nu supraestimați testele sangvine autoimune. Cele mai multe diagnostice de artrită sunt clinice, testele sangvine oferind doar informații confirmatorii și prognostice.

- La un pacient tânăr cu oligoartrită inflamatorie la membrele inferioare trebuie suspicionat sindromul Reiter.
- O poliartrită simetrică cu debut insidious, la un pacient cu vârsta între 30 și 50 de ani, cu redoare matinală, durere și edem al mâinilor și picioarelor sugerează AR.
- Durerile la nivelul articulațiilor mâinii și ale piciorului la un pacient de vârstă mijlocie sau vârstnic, fumător, cu hipocratism digital și simptome toracice, sugerează puternic osteoartropatia pulmonară hipertrofică produsă de neoplasmul pulmonar.
- Nu omiteți să întrebați despre ocupația pacientului, deoarece poate fi relevantă în anumite cazuri: de exemplu, la cei care lucrează cu animale (veterinari, fermieri etc.), bruceloza și boala Weil pot fi cauze infecțioase posibile.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA RECURENTĂ DE GENUNCHI

## Privire de ansamblu

Durerea recurentă de genunchi este un simptom de prezentare foarte frecvent întâlnit, care are o gamă largă de cauze. Clasificarea cauzelor este dificilă deoarece nomenclatura suferă modificări tot timpul. Ca întotdeauna în practica medicală generală, o anamneză și o examinare fizică minuțioase oferă indicii utile – dar tratmentul este orientat mai mult în funcție de gradul dizabilității și de dorințele pacientului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Întindere ligamentară/leziune minoră de țesut conjunctiv.
- Artroză.
- Leziune de cartilaj.
- Condromalacia rotulei.
- Boala Osgood-Schlatter.

OCAZIONALE

- Monoartrită recurentă (de exemplu, gută, pseudogută, boala Reiter).
- Ca parte a poliartritei (de exemplu, reumatoidă, spondilita anchilozantă, artrita psoriazică).
- Bursită.
- Durere reflexă de la șold sau spate.
- Ruptură de ligament.
- Tendinita rotulei.
- Chist Baker.
- Corpi străini intraarticulari.
- Afecțiuni osoase (de exemplu, boala Paget).
- Luxație recurentă a rotulei.
- Sindromul sertarului medial.
- Osteocondrita disecantă.

RARE

- Hemocromatoză.
- Hemartroză recurentă (de exemplu, tulburări de coagulare).
- Osteosarcom.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Întindere ligamentară/leziune minoră de țesut conjunctiv* | *Artroză* | *Leziune de cartilaj* | *Condromalacia rotulei* | *Boala Os-good-Schlatter* |
|---|---|---|---|---|---|
| Revărsat | Nu | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Leziune specifică | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Anchiloză | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Afectare bilaterală | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Mai frecvent la femeie | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** radiografii.
**Posibile:** HLG cu formulă, PrCR, acid uric, RMN, autoanticorpi.
**Rareori:** HLAB27, analiza lichidului articular, investigații pentru șold sau coloană vertebrală dacă se suspicionează o durere reflexă, fosfataza alcalină, feritina serică, teste de coagulare.

- Radiografii: furnizează indicii despre cauze posibile sau confirmă un diagnostic când suspiciunea clinică este mare – de exemplu, artroză, corpi străini intraarticulari, boala Paget, osteocondrita disecantă.
- HLG cu formulă, PrCR: Hb scăzută și PrCR crescută în poliartrita inflamatorie.
- Acidul uric: în mod tipic, crescut în gută.
- RMN: pentru evaluarea țesuturilor moi (de exemplu, cartilajul), în special dacă este necesară intervenția chirurgicală.
- Autoanticorpi: dacă se suspicionează poliartrita inflamatorie.
- HLAB27: prevalență crescută în spondiloartrite.
- Aspirația articulară: poate fi de ajutor pentru diagnostic dacă este prezent revărsat articular – de exemplu, cristale birefringente în gută. În practcă, se efectuează de obicei la recomandarea medicului specialist.
- Investigații pentru șold sau coloană vertebrală: dacă se suspicionează o durere reflexă din aceste zone.
- Foafataza alcalină: nivel crescut în boala Paget.
- Feritina serică: nivel crescut în hemocromatoză.
- Teste de coagulare: dacă se suspicionează o tulburare de coagulare.

### SUGESTII

- Pacienții pun mare valoare pe radiografie, deși în practică, aceasta contribuie puțin la managementul durerii recurente de genunchi. Pentru a preveni un rezultat nesatisfăcător, aveți grijă să-i explicați pacientului faptul că radiografia nu este neapărat necesară.
- Insistați ca pacientul să localizeze cu precizie, dacă este posibil, durerea– se pot limita în mod util posibilitățile de diagnostic.
- O artroză „obișnuită" poate deveni în mod brusc mai dureroasă, adeseori fără un motiv evident – exacerbările și remisiile fac parte din evoluția naturală a acestei afecțiuni.

Scanned with OKEN Scanner

- Frecvent, persoanele pasionate de sport se prezintă la MF pentru dureri recurente de genunchi și este puțin probabil să agreeze abordarea medicului de „așteptare și observație". În astfel de cazuri, se dovedește necesară investigația sau intervenția timpurie.

- Nu uitați că durerea de genunchi poate fi reflexă – dacă etiologia este neclară, examinați șoldul, în special la copii.
- Leziunea ligamentului încrucișat anterior este destul de ușor omis în faza acută în cazul unui accident. Pacientul se poate prezenta la MF doar mai târziu, acuzând instabilitatea genunchiului.
- Osteosarcomul este o afecțiune rară – dar cel mai frecvent apare în apropierea genunchiului. Examinați cu atenție pacientul care prezintă o durere constantă inexplicabilă, care crește în intensitate, trezindu-l din somn. Tumefacția și inflamația apar mai târziu în evoluție.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA RECURENTĂ DE ȘOLD LA ADULT

## Privire de ansamblu

Durerea de șold este un simptom de prezentare frecvent întâlnit la pacienții de vârstă mijlocie și vârstnici. De obicei, pacienții atribuie acest simptom artrozei, diagnostic ce poate fi corect, deși gama cauzelor este extinsă. În plus, ceea ce constituie de fapt „șold" pentru pacient poate fi în contradicție cu adevărul anatomic. Diagnosticul diferențial pentru durerea de șold la copil este foarte diferit – vezi Copilul care șchioapătă, pag. 285.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Întindere musculară/ligamentară.
- Artroză.
- Bursită trohanterică.
- Durere reflexă de la spate.
- Meralgia parestezică.

OCAZIONALE

- Artrită inflamatorie.
- Necroză avasculară.
- Hernie.
- Complicații ale artroplastiei totale de șold (de exemplu, luxație, infecție etc.).
- Stenoză spinală.
- Sindromul de fricțiune a benzii ilio-tibiale („genunchiul alergătorului").
- Ruptura labrumului acetabular.

RARE

- Fractură angrenată.
- Luxație.
- Afecțiuni osoase (de exemplu, boala Paget, metastaze).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Întindere musculară/ ligamentară* | *Artroză* | *Bursită trohanterică* | *Durere reflexă de la spate* | *Meralgia parestezică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere în decubit lateral pe zona afectată | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |
| Parestezii la nivelul piciorului | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Durere la mobilizarea șoldului | Da | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Durere în special în zona inghinală | Posibil | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Durere de spate coexistentă | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** radiografie.
**Posibile:** HLG cu formulă, PrCR, autoanticorpi, HLAB27, fosfataza alcalină, sumar de urină.
**Rareori:** artroscopie, scintigrafie osoasă, RMN al coloanei lombare (efectuate de medicul specialist).

- Radiografie: pentru artroză, necroză avasculară, fractură, luxație, complicații ale artroplastiei și patologie osoasă. Radiografia coloanei vertebrale poate evidenția o posibilă etiologie spinal.
- HLG cu formulă, PrCR: PrCR poate fi crescută și Hb scăzută în artrita inflamatorie. Leucocitoză și PrCR crescută în infecția protezei articulare.
- Autoanticorpi: pentru indicii despre etiologia artritei inflamatorii.
- HLAB27: prevalență crescută în spondiloartrite.
- Fosfataza alcalină: crește în boala Paget.
- Sumarul de urină: proteinurie și hematurie dacă apare implicare renală în artritele inflamatorii.
- Artroscopia: este diagnostică și potențial terapeutică în ruptura labrumului acetabular.
- Scintigrafie osoasă: poate evidenția metastaze osoase.
- RMN al măduvei lombare: poate pune în evidență stenoza spinală și alte cauze de durere reflexă de la coloana vertebrală.

### SUGESTII

- Întrebați pacientul ce înțelege prin „șold". Mulți dintre ei nu știu localizarea corectă.
- Radiografia nu este întotdeauna necesară, chiar dacă tabloul clinic sugerează artrita șoldului – dar pacientul se poate aștepta să i-o recomandați, deci explicați-i acest aspect.
- Examinați pacientul în ortostatism – se poate evidenția o hernie.
- Durerea laterală localizată, agravată în decubit lateral pe partea afectată, sugerează bursita trohanterică.

Scanned with OKEN Scanner

- Nu omiteți posibilitatea complicațiilor artroplastiei totale de șold.
- Dacă pacientul a urmat tratament cu corticosteroizi pe termen lung și prezintă o durere intensă de șold, gândiți-vă la necroza avasculară.
- Fiți atent la pacienții vârstnici care, după o fractură angrenată de șold, este posibil să nu fie capabili să pună întreaga greutate pe picior, putând prezenta dureri și șchiopătat.
- Depresia gravă poate agrava sau poate fi cauzată de durerea artritică de șold – faceți o probă terapeutică cu antidepresive.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EDEMUL GAMBEI

## Privire de ansamblu

Din cauza publicității intense făcute „sindromului clasei economice", acest simptom – ca și cel strâns înrudit, durerea de gambă (vezi pag. 178) – a devenit destul de comun. Teama pacientului că are o posibilă TVP poate deveni destul de „contagioasă", cu un MF neliniștit să nu omită această problemă importantă. În cele mai multe cazuri, o anamneză atentă, susținută de examinare adecvată, ar trebui să deceleze cauza reală.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Celulită.
- Majoritatea cauzelor edemului de gleznă (vezi pag. 202).
- Întindere/ruptură musculară (în special ruptura tendonului popliteu).
- Ruptura chistului Baker.
- TVP.

OCAZIONALE
- Ruptura tendonului lui Achile.
- Eczema varicoasă.
- Flebită.

RARE
- Hernie musculară prin fascie (în special tibial anterior).
- Neoplasm muscular.
- Pseudohipertrofie (ca în distrofia musculară).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Celulită* | *Edemul gleznei* | *Întindere/ruptură musculară* | *Chist Baker* | *TVP* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră | Da | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Bilateral | Posibil | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Durere bruscă | Nu | Nu | Da | Posibil | Posibil |
| Edem anterior în zona posterioară a genunchiului | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Eritem cutanat | Da | Posibil | Nu | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații (cu excepția cazului în care pacientul este trimis la spital).
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR și alte investigații pentru edemul gleznelor (vezi pag. 202); în spital – D-dimer, ecografie, venografie.
**Rareori:** (în spital) testul recaptării fibrinogenului marcat cu iod radioactiv.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în celulită.
- D-dimer: nivelul crescut sugerează TVP, dar nu este concludent.
- Ecografie: de ajutor în diagnosticul TVP și pentru confirmarea rupturii de chist Baker.
- Venografie, testul recaptării fibrinogenului marcat cu iod radioactiv: pentru confirmarea TVP (în spital).

### SUGESTII

- Edemul produs de ruptura musculară este impresionant – dar un istoric tipic cu durere (descrisă ca „o împușcatură" în gambă), precedând edemul, ar trebui să orienteze MF către diagnosticul corect.
- Eczema varicoasă este adesea confundată cu celulita. Caracteristice sunt: edemul bilateral, mai mult pruriginos decât dureros și absența febrei.
- Teama de TV poate perturba tabloul clinic: anamneza atentă poate evidenția faptul că edemul a apărut cu mult timp în urmă și că este bilateral, ceea ce face improbabil diagnosticul bănuit de pacient.

Scanned with OKEN Scanner

- Pacienții cu TVP neexplicată au un risc de 3-4 ori mai mare de a avea un neoplasm față de martori – așa că o dată diagnosticată, pacientul trebuie investigat cu mare atenție.
- La pacienții cu risc crescut – de exemplu, după un zbor de lungă durată cu avionul – trebuie suspicionată o TVP.
- Când anamneza sugerează o ruptură musculară, asigurați-vă că tendonul lui Achile este intact.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EDEMUL GLEZNELOR

## Privire de ansamblu

Edemul gleznelor este unul dintre cele mai frecvente simptome acuzate de pacienții vârstnici și, la această grupă de vârstă, este legat în special de căderile recurente. Ca urmare, este adesea motivul pentru solicitările de vizită la domiciliu. La persoanele tinere este un simptom mult mai rar, dar este mult mai probabil să semnifice o afecțiune gravă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Insuficiență cardiacă congestivă (ICC).
- Renale: nefrită acută sau cronică, sindrom nefrotic.
- Gravitațional (insuficiență venoasă, frecvent cu mobilitate scăzută).
- Obezitate.
- Masă pelviană (inclusiv sarcina).

OCAZIONALE

- Ciroză.
- Sindrom premenstrual.
- Anemie.
- Reacție medicamentoasă (de exemplu, antagoniști ai canalelor de calciu, AINS).
- Enteropatie cu pierdere de proteine (de exemplu, boală celiacă, boală inflamatorie intestinală).

RARE

- Malnutriție.
- Tromboza venei cave inferioare.
- Filariază.
- Boala Milroy (limfedem ereditar).
- Anchilostomiază (nematode).
- Edem angioneurotic.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *ICC* | *Renal* | *Gravitațional* | *Obezitate* | *Masă pelviană* |
|---|---|---|---|---|---|
| Dispnee de efort | Da | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Modificarea zgomotelor respiratorii | Da | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Edeme mai reduse dimineața | Posibil | Posibil | Da | Posibil | Posibil |
| Proteinurie | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Alte semne și simptome | Da | Da | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH.
**Posibile:** TFT.
**Rareori:** radiografie toracică, ecografie pelviană, alte investigații pentru decelarea cauzei subiacente.

- Sumar de urină: pentru proteinurie.
- HLG cu formulă: anemie în bolile cronice; MVC crescut în alcoolism.
- Uree și electroliți: pentru insuficiența renală; hiponatremie în ICC și ciroză.
- TFH: hipoproteinemie în ciroză, enteropatie cu pierdere de proteine și sindrom nefrotic.
- Radiografie toracică: edem pulmonar și revărsat pleural în ICC.
- Ecografie pelviană: pentru masele pelviene.
- Alte investigații pentru decelarea cauzei subiacente: ECG, BNP și ecocardiografie (ICC), CT (mase pelviene), biopsie renală (nefrită) și teste intestinale (enteropatie).

### SUGESTII

- La pacienții vârstnici, cauza este adesea multifactorială, imobilizarea jucând un rol major.
- O evaluare adecvată poate lua timp; de aceea, puteți să o faceți pe parcursul a două consulturi, folosind timpul dintre acestea pentru a programa și evalua investigațiile.
- De obicei, edemul gleznei este simetric, deși insuficiența venoasă poate afecta mai mult una dintre glezne. Dar dacă edemul este unilateral, gândiți-vă la tromboza venoasă profundă, un chist Baker rupt sau celulită.
- Nu omiteți faptul că multe medicamente (în special antagoniștii de calciu și AINS) pot produce un edem marcat al gleznelor..

Scanned with OKEN Scanner

- Nu uitați că sarcina poate fi o cauză potențială la femeile de vârstă reproductivă.
- În cazul unui pacient vârstnic la care nu descoperiți nicio cauză, examinați abdomenul și faceți un TR.
- Cu cât pacientul este mai tânăr, cu atât riscul pentru o afecțiune gravă este mai crescut.
- Un edem marcat, cu debut brusc și recent, este de obicei cauzat de o boală gravă, indiferent de vârsta pacientului.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ULCERAȚIILE PICIORULUI

## Privire de ansamblu

Ulcerele cronice ale piciorului sunt o problemă majoră de sănătate, 1% dintre persoane fiind afectate la un moment dat în viață. Recidiva este frecventă. Majoritatea acestor ulcere au o cauză vasculară subiacentă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Boală venoasă: 70-80% dintre ulcerele piciorului.
- Boală arterială periferică: aproximativ 15% dintre ulcerele piciorului.
- Asociate cu o afecțiune sistemică – diabet zaharat (5% dintre pacienții cu ulcerații ale piciorului), artrita reumatoidă (8%), vasculită.
- Edem masiv determinat de o afecțiune sistemică, de exemplu, ICC, boli renale, artroză, obezitate severă, imobilizare prelungită de diferite cauze.
- Infecții cronice, de exemplu după un traumatism, mușcături sau înțepături de insecte.

OCAZIONALE

- Abuz de medicamente.
- Postzona zoster primară.
- Neoplasm primar – cancer cu celule scuamoase, melanom, transformare malignă a unui ulcer.
- Metastaze.

RARE

- Infecții tropicale.
- SIDA.
- Tuberculoză.
- Reacție medicamentoasă sistemică.
- Falsă – autoprovocate (sindromul Munchausen, tulburări de personalitate).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

NOTĂ: în practică este foarte dificil de diferențiat cauzele ulcerelor piciorului doar prin examinare fizică. Acesta este un ghid pentru cauzele mai frecvente.

| | *Boală venoasă* | *Boală arterială periferică* | *Afecțiune sistemică* | *Edem* | *Infecție* |
|---|---|---|---|---|---|
| Eczemă/lipodermatoscleroză | Da | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Puls periferic slab sau absent | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Stare generală alterată | Nu | Nu | Da | Posibil | Posibil |
| Mobilitate redusă | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |
| Factor declanșator identificabil | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, TSH, TFH, uree și electroliți, glicemie à jeun, factor reumatoid, ABPI.
**Posibile:** examen bacteriologic, evaluare cardiovasculară (dacă este necesar).
**Rareori:** ecografie duplex.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR, PrCR, TSH, TFH, uree și electroliți, glicemie à jeun, factor reumatoid – screening de bază pentru cauze sistemice sau boala de fond.
- Examenul bacteriologic se efectuează dacă există dovezi clinice de infecție, de exemplu celulită.
- Evaluare cardiovasculară completă: dacăexistă suspiciune de insuficiență arterială.
- Indicele de presiune gleznă/braț (ABPI): măsurat la ambele membre inferioare cu Doppler portabil. Sensibilitatea este de aproximativ 95%; dacă ABPI este < 0,8, este vorba de o boală arterială. Are utilitate limitată la pacienții cu boală microvasculară, de exemplu AR, DZ, vasculită sistemică; poate determina ABPI fals crescut.
- Examene recomandate de medicul specialist: ecografia duplex este investigația de elecție pentru evaluarea insuficienței arteriale sau venoase.

### SUGESTII

- Fiți sistematic în descrierea leziunii în fișa pacientului: descrieți marginile (de exemplu, neregulate, denivelate), baza (de exemplu, zemuindă, necrozată, granuloasă), localizare, morfologie (poate fi de ajutor în descoperirea cauzei) și suprafața (măsurările seriate ale ariei suprafeței unui ulcer este un indicator al vindecării).
- Palparea pulsului periferic nu reflectă corect insuficiența arterială: utilizați ABPI.
- Lipodermatoscleroza se caracterizează printr-o arie roșie sau maro la nivelul zonei mediale inferioare a piciorului, în apropierea gleznei. Aceasta și eczema venoasă sunt indicatori ai insuficienței valvelor venoase superficiale, chiar în absența venelor varicoase. Necesită intervenție chirurgicală, deci trimiteți pacientul la medicul chirurg vascular pentru consultație.
- Ulcerele profunde care implică fascia profundă, tendonul, periostul sau osul au și o componentă arterială.

Scanned with OKEN Scanner

- Etiologia mixtă a ulcerațiilor piciorului poate crea confuzie în interpretarea tabloului clinic, făcând dificilă alegerea tratamentului. Dacă veți dubii, trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Peste 50% dintre pacienții cu ulcerații ale piciorului sunt sensibili la unul sau mai mulți alergeni (de exemplu, lanolină, antibiotice topice, alcool cetil-stearil, balsam de Peru sau parabeni). Acest lucru întârzie vindecarea și cauzează disconfort. Dacă se asociază dermatita, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru patch-test.
- Antibioticele topice nu contribuie la vindecare și frecvent sunt sensibilizante – evitați să le folosiți.

- Durerea cauzată de un ulcer al piciorului este mai frecvent asociată cu o afecțiune arterială.
- Dacă ulcerul are un aspect sau o distribuție atipică, sau nu se vindecă în maxim 12 săptămâni de tratament, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru efectuarea unei biopsii. Fiți atent la modificările neoplazice ale unui ulcer al piciorului. Acest lucru se întâmplă rar, dar nu trebuie trecut cu vederea.
- Bandajul compresiv este periculos în diabetul zaharat și insuficiența arterială. Nu îl recomandați până nu excludeți aceste afecțiuni. Dacă aveți dubii după ABPI, trimiteți pacientul la medicul chirurg vascular.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MENSTRUAȚIE

## Amenoreea

## Dismenoreea

## Menoragia

## Sângerări vaginale neregulate

Scanned with OKEN Scanner

# AMENOREEA

## Privire de ansamblu

Amenoreea creează o anxietate substanțială unei femei active sexual: prima amenoree neașteptată sugerează sarcina; amenoreea prelungită este semnul unei patologii semnificative. În contrast, managementul este de obicei simplu și este ajutat de recunoașterea anxietății.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Sarcină.
- Psihologice: scădere rapidă în greutate (10-15%) și stres emoțional sever.
- Menopauză (inclusiv insuficiență ovariană prematură).
- Sindromul ovarelor polichistice (SOPC).
- Medicamente: fenotiazină, metoclopramid, valproat, citotoxice.

OCAZIONALE

- Hipo- și hipertiroidism.
- Anorexia nervoasă.
- Efort excesiv.
- Afecțiuni sistemice severe.
- Contracepție (pilulă cu progestogen, contracepție cu acțiune lungă reversibilă – cauze comune, dar rareori prezentate ca simptom).

RARE

- Afecțiuni suprarenaliene (boala Addison, boala Cushing, hiperplazia adrenaliană congenitală).
- Sindromul Sheehan.
- Arenoblastom, tumoră ovariană bilaterală.
- Prolactinom, alte tumori hipofizare.
- Anomalii structurale sau cromozomiale rare (amenoree primară).
- Insuficiență hipofizară anterioara (boala Simmond).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Sarcină* | *Scădere în greutate* | *Menopauză* | *Medicamente* | *SOPC* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sensibilitatea sânilor | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Bufeuri | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Obezitate | Nu | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Galactoree | Da | Nu | Nu | Posibil | Nu |
| Depresie | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** test de sarcină.
**Posibile:** HLG cu formulă, uree și electroliți, TFT, FSH/LH, testosteron, prolactină, ecografie.
**Rareori:** CT , alte examene imagistice (dacă este necesar).

- Test de sarcină: se efectuează chiar dacă se utilizează metode contraceptive: HCG urinar; nu uitați de frecvența scăzută a rezultatelor negative.
- HLG cu formulă, uree și electroliți, TFT: pentru evaluarea afecțiunilor sistemice grave, a bolilor suprarenaliene și a hipo- sau hipertiroidiei.
- FSH/LH și testosteron: LH și testosteronul cresc în SOPC, iar FSH este foarte crescut în menopauză.
- Prolactina: crescută în prolactinom și la administrarea unor medicamente (de exemplu, fenotiazină).
- Ecografia: poate evidenția chisturi ovariene multiple și sarcina.
- CT (sau alte teste imagistice): recomandată de medicul specialist dacă se suspicionează un prolactinom.

### SUGESTII

- Amenoreea este frecventă la femeile tinere, în special în perioadele de stres; odată sarcina exclusă și în absența semnelor și a simptomelor grave, pacienta este investigată doar dacă problema persistă peste șase luni.
- Este important să se confirme un posibil diagnostic de menopauză prematură, deoarece pacienta poate avea nevoie de tratament de substituție hormonală (TSH).
- Etiologia amenoreei și a oligomenoreei este comună, deci și abordarea clinicătrebuie să fie aceeași.

Scanned with OKEN Scanner

- Nu acceptați prea ușor afirmația că „nu există nicio șansă de sarcină"; dacă nu sunteți sigur, recomandați un test de sarcină.
- Aveți în vedere anorexia – un corp slab poate fi ascuns sub haine largi, iar afecțiunea se poate manifesta prin amenoree.
- Cefaleea matinală și tulburări de vedere asociate cu amenoreea sugerează o posibilă patologie intracraniană – trimiteți de urgență pacientul la spital.
- Înainte de a atribui amenoreea scăderii în greutate, asigurați-vă că această sădere în greutate nu a fost cauzată de tireotoxicoză.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DISMENOREEA

## Privire de ansamblu

Dismenoreea este un simptom foarte frecvent: 50% dintre femei acuză durere moderată și 12% prezintă o durere severă, dizabilitantă. Dismenoreea primară este durerea fără o cauză organică, ce apare la debutul ciclului ovulator. Dismenoreea secundară se asociază cu o patologie pelviană și apare mai târziu în viață.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Dismenoree primară.
- Endometrioză.
- BPI cronică.
- DCIU.
- Sindrom pelvian dureros („congestie venoasă").

OCAZIONALE
- Uter retrovers.
- Cervicită.
- Chist ovarian ciocolatiu (chist endometriozic).
- Polip endometrial.

RARE
- Malformații uterine.
- Himen neperforat.
- Hipoplazie uterină.
- Stenoză cervicală.
- Psihogen.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Dismenoree primară* | *Endometrioză* | *BPI* | *Congestie pelviană* | *DCIU* |
|---|---|---|---|---|---|
| Doar în primele zile ale menstruației | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Dispareunie | Nu | Da | Da | Da | Nu |
| Durere colicativă | Da | Nu | Nu | Nu | Da |
| Debutează la femeia adultă | Nu | Da | Da | Da | Da |
| Uter mărit | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, HVS și frotiu endocervical, ecografie, laparoscopie.
**Rareori:** nu sunt necesare investigații.

- HLG cu formulă: pentru anemie; leucocitoză și VSH/PrCR crescute în BPI.
- HVS și frotiu endocervical: pentru *Chlamydia* dacă este prezentă o secreție vaginală – de ajutor în detectarea agentului patogen în BPI.
- Ecografie: pentru evidențierea uterului mărit și a altor anomalii, precum și pentru detectarea chisturilor ovariene.
- Laparoscopia: este efectuată la recomandarea medicului specialist pentru diagnosticul BPI și al endometriozei.

### SUGESTII

- Atenție: adolescentele pot folosi acest simptom pentru a obține o rețetă pentru anticoncepționale orale.
- Acordați atenție diagnosticului de endometrioză. Chiar dacă este detectată laparoscopic, poate să nu fie cauza reală a dismenoreei (adesea, endometrioza este asimptomatică). Cu excepția cazului în care i se explică faptul că tratamentul oferit nu este neapărat un panaceu, pacienta se va simți probabil frustrată de lipsa aparentă de progres.
- Un DCIU „uitat" în uter poate produce dismenoree. Întrebați pacienta despre această posibilitate și, de asemenea, verificați-i fișa medicală.
- Explicați pacientei de la început că un diagnostic organic precis nu este întotdeauna posibil; acest lucru contribuie la menținerea unei relații bune medic-pacient, ceea ce va face ca ulterior să nu apară probleme psihologice semnificative.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă pacienta are dismenoree secundară suficient de severă încât îi perturbă somnul, cel mai probabil are o cauză organică.
- 50% dintre pacientele care sunt supuse laparoscopiei pentru dismenoree secundară nu au o patologie organică evidentă. Luați în considerare o problemă psihologică și evitați investigarea excesivă – un număr dintre aceste femei ajung la o intervenție chirurgicală (de exemplu, histerectomie totală), dar chiar și atunci continuă să aibă dureri.
- Gândiți-vă la alte cauze dacă pacienta se prezintă de urgență, acuzând „o menstruație extrem de dureroasă": o serie de afecțiuni neginecologice care se asociază cu durere pelviană (de exemplu, apendicită, colică renală sau ITU) pot apărea în același timp cu menstruația.
- Dismenoreea este deprimantă, dar depresia clinică adevărată poate reduce pragul de durere la o femeie altfel normal; nu trebuie ratată ca diagnostic

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MENORAGIA

## Privire de ansamblu

Menoragia este un semn comun de prezentare. Un MF se așteaptă să consulte aproximativ 100 de femei anual pentru probleme menstruale, multe dintre acestea fiind pentru menoragie. Sângerarea menstruală normală este de 20-80 ml. În practică, măsurarea aceasta nu se poate face, deci definiția se bazează pe declarațiile femeilor, deși pot fi făcute unele eforturi pentru a stabili dacă sângerarea este sau nu „excesivă".

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Sângerare uterină disfuncțională (SUD).
- Polipi cervicali sau endometriali.
- Endometrioză.
- Fibrom uterin.
- Pubertate și perimenopauză.

OCAZIONALE

- Hipo- și hipertiroidism.
- DCIU.
- Iatrogenic (anticoncepționale, TSH).
- Hiperplazie glandulară chistică (metropatia hemoragică).
- BPI cronică.

RARE

- Afecțiuni suprarenaliene și hiperprolactinemia.
- Boli hepatice, în special determinate de alcool.
- Tulburări de coagulare.
- Cancer endometrial.
- Endometrita tuberculoasă.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *SUD* | *Polipi* | *Endometrioză* | *Fibrom uterin* | *Pubertate/ perimenopauză* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric lung | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Ciclu care durează mult | Posibil | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| PVE: sensibilitate | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Dureri | Nu | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| PVE: uter mărit | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă.
**Posibile:** TFT, VSH/PrCR, ecografie pelviană, biopsie de endometru și histeroscopie (ultimele două recomandate de medicul specialist).
**Rareori:** TFH, FSH/LH, HVS, teste de coaguilare, evaluări endocrine.

- HLG cu formulă: pentru anemie și trombocitopenie.
- TFT: pentru o posibilă disfuncție tiroidiană.
- VSH/PrCR: crescute în BPI.
- TFH: dacă suspicionați o boală hepatică.
- Teste de coagulare: în cazul unui istoric de sângerare sau echimoze anormale.
- FSH și LH: dacă se suspicionează clinic o menopauză prematură.
- Ecografie pelviană: pentru confirmarea unui fibrom uterin.
- HVS: se utilizează foarte rar în BPI cu secreție.
- Evaluări endocrine: pentru afecțiuni suprarenaliene și hiperprolactinemie.
- Medicul specialist poate recomanda investigații suplimentare: biopsie de endometru și histeroscopie

### SUGESTII

- Autoaprecierea fluxului menstrual este nesigură și, de aceea, trebuie să încercați o evaluare obiectivă, întrebând pacienta câte absorbante a folosit, dacă își poate desfășura activitatea zilnică, dacă a observat cheaguri de sânge; de asemenea, trebuie efectuată o HLG pentru anemia prin deficit de fier.
- Stabiliți ce dorește femeia: o rețetă (de exemplu, anticoncepționale pentru o femeie tânără) sau o discuție despre o anume teamă (de exemplu, de un posibil cancer sau de necesitatea histerectomiei).
- Întrebați pacienta despre un posibil sterilet uitat în uter.
- În cazul unei femei tinere cu menoragie nedureroasă, în rest cu stare generală bună și examen vaginal normal, diagnosticul prezumtiv este sângerare uterină disfuncțională, care se tratează empiric.
- O singură menoragie este probabil cauzată de efort sau stres emoțional excesiv, dar observați mai multe cicluri pentru a stabili un tipar.

Scanned with OKEN Scanner

- Stabiliți dacă problema este într-adevăr menoragie; dacă sângerarea este haotică sau apar sângerări intermenstruale sau postcoitale, sunt șanse mai mari pentru o leziune structurală – trimiteți pacienta pentru investigații.
- Prezența cheagurilor de sânge sugerează o hemoragie semnificativă; recomandați o HLG.
- Menoragia cu dismenoree secundară, dispareunie și dureri pelviene la examinare sugerează endometrioză sau BPI cronică.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SÂNGERĂRI VAGINALE NEREGULATE

## Privire de ansamblu

Sângerările vaginale neregulate sunt o acuză pentru care femeile se prezintă frecvent la MF, în special la MF de sex feminin, deoarece pacientele anticipează adesea un examen ginecologic. În acest capitol sunt descrise toate cauzele acestui simptom de la perioada prepubertară, în sarcina timpurie și în postmenopauză (cauzele sângerării vaginale în sarcina tardivă nu sunt menționate aici). În aceste cazuri este esențială anamneza minuțioasă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Sângerarea uterină disfuncțională (SUD).
- Hemoragia cauzată de anticoncepționale orale, contracepție reversibilă de lungă durată, TSH.
- Polip sau eroziune cervicală.
- Cervicită și BPI.
- Vaginită atrofică postmenopauză.

OCAZIONALE

- Polipi endometriali.
- Sângerare ovulatorie (asociată cu mittelschmerz).
- Hipotiroidism (și mult mai rar – hipertiroidism).
- Perimenopauză.
- Hemoragie în primul trimestru de sarcină (20% dintre toate sarcinile în primul trimestru); de asemenea, avortul, sarcina extrauterină.

RARE

- Hemoragie uterină la nou-născută.
- Cancer (ovarian, trompă uterină, uter, col uterin și vagin).
- Hiperplazie glandulară chistică (metropatie hemoragică).
- Piometru.
- Molă hidatiformă (5% se transformă în coriocarcinom).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *SUD* | *Anticoncepționale* | *Polip/eroziune* | *Cervicită/BPI* | *Vaginită atrofică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sângerare profuză | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Nu |
| Dismenoree | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Secreție | Nu | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| Disconfort PV | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Sângerare postcoitală | Nu | Nu | Da | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, investigații ginecologice specializate (vezi mai jos) pentru sângerarea postmenopauză sau intermenstruală.
**Posibile:** HVS și frotiu endocervical, colposcopie, ecografie pelviană.
**Rareori:** TFT.

- HLG cu formulă: pentru anemie în sângerările masive; leucocitoză în BPI.
- TFT: pentru disfuncția tiroidiană.
- HVS și frotiu endocervical: pentru stabilirea agentului patogen în cervicită și BPI.
- Ecografie pelviană: pentru detectarea afecțiunilor uterine și ovariene, a molei hidatiforme și pentru a stabili natura problemei în sarcina timpurie.
- Colposcopie: dacă se suspicionează o afecțiune a colului uterin.
- Investigații ginecologice specializate (de exemplu, histeroscopie sau biopsie endometrială): se efectuează la recomandarea medicului ginecolog, în particular pentru sângerările intermenstruale și postmenopauză.

### SUGESTII

- Trebuie să deosebiți sângerarea intermenstruală de menstruațiile neregulate, deoarece cauzele sunt diferite (prima sugerează o cauză structurală, iar ultima este probabil SUD). Vă poate fi de folos să întrebați pacienta dacă sângerarea pare a fi menstruație și se asociază cu simptome obișnuite ale menstruației.
- Întrebați pacienta dacă are un jurnal al menstruațiilor. Sângerarea foarte ușoară care apare în special la mijlocul ciclului, cu dureri reduse și fără alte manifestări îngrijorătoare sugerează o sângerare ovulatorie.
- În cazul în care pacienta folosește anticoncepționale orale sau tratament de substituție hormonală, dozele ratate, diareea și vărsăturile, tratamentul antibiotic și primele luni de tratament pot cauza sângerări. Așteptați câteva cicluri înainte de a schimba tratamentul.

Scanned with OKEN Scanner

- Sângerările postmenopauză sunt aproape întotdeauna anormale. Chiar în prezența vaginitei atrofice nu puteți fi sigur că aceasta este cauza: este necesară investigare completă.
- Când colul uterin este foarte inflamat și se asociază o secreție purulentă, diagnosticul cel mai probabil este infecția cu *Chlamydia*; pacienta trebuie trimisă la medicul ginecolog pentru investigații suplimentare și stabilirea contacților sexuali.
- Un frotiu cervical „normal", efectuat recent, poate oferi o falsă încredere; în cazul în care colul uterin are un aspect care ridică suspiciuni, nu repetați examenul – frotiul este mai degrabă un test de screening, nu diagnostic. Pacienta trebuie trimisă urgent la medicul ginecolog pentru colposcopie.
- În cazul pacientelor care iau anticoncepționale sau THS și prezintă sângerare vaginală persistentă, luati în considerare alte cauze și trimiteți-le la medicul ginecolog.
- Durerea pelviană unilaterală asociată cu hemoragie vaginală apărută în două săptămâni după un ciclu absent sugerează o sarcină extrauterină. Pacienta trebuie internată de urgență.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# NAS

## Epistaxisul

## Obstrucția nazală

## Rinoreea

Scanned with OKEN Scanner

# EPISTAXISUL

## Privire de ansamblu

Este foarte frecvent la pacienții foarte tineri și la cei foarte în vârstă. Poate fi recurent sau acut, atunci când pacientul nu poate controla sângerarea. Acest din urmă caz determină o hemoragie banală în raport cu standardele clinice, dar poate crea o cantitate disproporționată de teamă. Uneori, o sângerare nazală prelungită produce hipovolemie gravă, in special la vârstnici.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Spontan (din aria Little; poate fi agravat de strănut sau suflarea nasului).
- Infecții și ulcerații nazale.
- Medicamente (de exemplu, anticoagulante).
- Rinită alergică (și rinita atrofică).
- Hipertensiune arterială (freevent cu ateroscleroză).

OCAZIONALE

- Spray-uri nazale (de exemplu, corticosteroizi).
- Granulom sau perforație septală.
- Boli hepatice grave.
- Tumoră nazală și/sau sinusală.
- Anatomie anormală: deviație de sept.
- Traumatism: fractură nazală.

RARE

- Leucemie.
- Trombocitopenie.
- Coagulopatii: hemofilie, boala Christmas și boala von Willebrand.
- Deficiențe de vitamina C și K.
- Telangiectazia hemoragică ereditară.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Spontan* | *Hipertensiune arterială* | *Infecție* | *Medicamente* | *Rinită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Recurent | Posibil | Da | Nu | Da | Da |
| Echimoze generalizate | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Secreție sau cruste | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Congestie nazală | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Durere nazală | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații (INR dacă pacientul ia warfarină).
**Posibile:** HLG cu formulă, teste de coagulare.
**Rareori:** TFH, radiografie de sinusuri, CT.

- HLG cu formulă: poate evidenția trombocitopenie sau alte semne de discrazie sangvină.
- TFH: bolile hepatice severe (de exemplu, în alcoolism) produc tulburări de coagulare severe.
- Creșterea INR indică o afecțiune hepatică severă sau supradozarea warfarinei.
- Teste suplimentare de coagulare: dacă se suspectează hemofilia sau boala von Willebrand.
- Radiografie de sinusuri/CT (se efectuează în spital): dacă se suspicionează o tumoră.

### SUGESTII

- Apelurile de urgență pentru copiii cu epistaxis acut pot fi soluționate prin sfaturi clare, calme și autoritare la telefon. Și pacienții vârstnici pot fi sfătuiți în legătură cu măsurile de prim-ajutor, dar trimiterea la spital este obligatorie dacă epistaxisul este considerabil și dificil de oprit.
- Când copilul este trimis pentru intervenție chirurgicală, vorbiți cu părinții despre temerile pe care le au. Frecvent, problema principală este mai degrabă teama de o afecțiune a sângelui (de exemplu, leucemia) decât neplăcerile create de simptom în sine.
- La un adult tânăr sau de vârstă medie care prezintă epistaxis recurent și ulcerații, gândiți-vă la abuzul de cocaină.
- Pacienții adulți cu epistaxis recurent se așteaptă să le măsurați tensiunea arterială; fie faceți acest lucru, fie le explicați de ce nu este necesar când este evident că etiologia nu este hipertensivă.

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul unui epistaxis grav care nu răspunde la măsurile de prim-ajutor standard, pacientul trebuie internat în spital, în special dacă este în vârstă. Trimiteți-l imediat la un serviciu ORL sau la departamentul de urgență.
- Dacă pacientul are epistaxis recurent însoțit de pete purpurice, efectuați de urgența HLG și teste de coagulare.
- Acordați mare atenție unui pacient de vârstă medie sau vârstnic care se prezintă cu secreție nazală sangvinolentă unilaterală cu debut recent asociată cu obstrucție: poate fi vorba de un cancer nazal, nazofaringian sau sinusal.
- În cazul pacienților sub tratament cu warfarină, efectuati un INR și revedeți dozajul.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# OBSTRUCȚIA NAZALĂ

## Privire de ansamblu

Este un simptom extrem de comun în practica de MF. Cea mai frecventă cauză, răceala comună, nu face totuși obiectul acestei cărți, deoarece obstrucția nazală în răceala comună nu este un simptom pentru care pacienții se prezintă la MF. Majoritatea cauzelor obstrucției nazale sunt benigne, dar atunci când avem un caz care nu răspunde prompt la tratament, trebuie să avem în vedere trimiterea lui la un control interdisciplinar.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Rinita vasomotorie.
- Rinita alergică (sezonieră și perenă).
- Polipi nazali.
- Hipertrofia adenoidiană (la copii).
- Deviația de sept nazal (afectează 20% dintre adulți).

OCAZIONALE

- Suprautilizarea decongestionantelor nazale (rinita medicamentoasă).
- Sinuzita cronică.
- Papiloamele.
- Traumatisme (inclusiv hematomul septal).
- Corp străin (în special la copiii mici).

RARE

- Iatrogenic (de exemplu, doxazosin).
- Cancer nazal sau sinusal (de exemplu, cancer cu celule scuamoase, adenocarcinom).
- Alte tumori nazale rare (de exemplu, melanom, teratom).
- Atrezia choanală unilaterală.
- Fibroangiomul pubertar.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Rinită vasomotorie* | *Rinita alergică* | *Hipertrofia adenoidiană* | *Polipi nazali* | *Deviația de sept nazal* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Secreții nazale | Da | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Strănut | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Unilateral | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Da |
| Traumatism recent | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** de obicei, nu sunt necesare.
**Posibile:** radiografie de sinusuri, teste alergenice.
**Rareori:** HLG cu formulă, radiografie adenoidiană, CT.

- Radiografia de sinusuri: poate fi utilă în confirmarea suinuzitei cronice.
- Testele pentru alergeni (de exemplu, RAST, PRIST) pot identifica sensibilitatea la anumiți alergeni.
- HLG cu formulă: eozinofilie în rinite alergice (deși rareori este cerută pentru diagnostic).
- Radiografia adenoidiană: confirmă hipertrofia adenoidiană.
- CT: definește dimensiunile și gradul de extensie în cazul carcinoamelor nazofaringiene, dar și patologia sinusală.

### SUGESTII

- Obstrucția nazală este mai degrabă cauza și nu efectul sinuzitei recurente. Rezolvarea problemei subiacente poate vindeca sinuzita.
- Alergiile nazale și polipii sunt adesea concomitente. Este utilă încercarea unui tratament medical pentru ameliorarea simptomatologiei, înainte de recurgerea directă la soluția chirurgicală.
- Obstrucția nazală instalată rapid, cu rinoree apoasă profuză este cel mai adesea cauzată de rinita vasomotorie.
- Obstrucția nazală cauzată de hipertrofia adenoidiană însoțită de tulburări de auz, dificultăți de vorbire sau apnee în somn au indicație de adenoidectomie.

Scanned with OKEN Scanner

- Eliminarea unilaterală a secreției mucoase cu spotting sangvin la un pacient vârstnic cu obstrucție nazală sugerează malignitate.
- Tumefierea controlaterală a septului instalată posttraumatic sugerează hematom septal. Acesta trebuie evacuat pentru a scădea riscul de necroză cartilaginoasă și infecție.
- Verificați dacă pacientul utilizează spray-uri nazale eliberate fără rețetă, pentru a elimina rinita iatrogenă.
- Un copil mic la care se constată obstrucție nazală unilaterală și secreții nazale cu halenă purulentă este posibil să aibă un corp străin intranazal.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# RINOREEA

## Privire de ansamblu

Deși de obicei nu este considerat un simptom important, este foarte neplăcut pentru pacient. Multe dintre cauze se suprapun peste cele ale „Obstrucției nazale" – citiți, deci, și acest capitol la pag. 228. Cauza este rareori gravă, dar trebuie să trimiteți pacientul la medicul specialist pentru investigații suplimentare dacă persistă în pofida tratamentului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- IACRS, inclusiv răceala comună.
- Rinită alergică (sezonieră sau perenă).
- Rinită vasomotorie.
- Sinuzită.
- Leziuni infectate ale mucoasei nazale (herpes simplex, impetigo).

OCAZIONALE
- Polipi.
- Rinită iatrogenă (medicamentoasă).
- Abuz de cocaină.
- Cefalee tip cluster (deși aceasta se asociază cu durere).
- Iritație chimică (fum de țigară, gaze).
- Corp străin intranazal (de obicei, la copii).
- Efecte secundare ale medicamentelor (de exemplu, alfa-blocante, blocante ale canalelor de calciu).

RARE
- Afecțiuni maligne.
- Rinolicvoree după traumatism cranian.
- Barotraumă („compresia sinusurilor").
- Infecția cu *Corynebacterium diphtheriae*.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *IACRS* | *Rinită alergică* | *Rinită vasomotorie* | *Sinuzită acută* | *Infecția mucoasei nazale* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric de lungă durată | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Strănut | Da | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| Durere facială | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Febră | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Secreție purulentă | Posibil | Nu | Nu | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

De obicei, nu sunt necesare investigații. Radiografia sinusurilor, CT și testele de alergie sunt mai degrabă recomandate de medicul specialist decât de MF.

### SUGESTII

- Pentru a examina cavitatea nazală folosiți un otoscop cu speculul cel mai mare posibil – spuneți pacientului să-și țină respirația pentru a nu se aburi obiectivul.
- Rinoreea intermitentă asociată cu obstrucție nazală dependentă de poziție (de exemplu, care dispare în clinostatism) sugerează un polip nazal unic.
- În cazul pacienților care spun că „le curge nasul ca apa la robinet", diagnosticul cel mai probabil este rinita vasomotorie.
- Întrebați despre medicamentele pe care le ia pacientul. Abuzul de cocaină sau picăturile intranazale cu simpatomimetice pot fi relevante pentru diagnostic; de asemenea, răspunsul la orice tratament cu medicamente eliberate fără rețetă (de exemplu, picături intranazale cu corticosteroizi) poate fi util în punerea diagnosticului și stabilirea tratamentului ulterior.

- Corpii străini intranazali se întâlnesc cel mai adesea la copiii mici – atenție la un copil cu secreție nazală unilaterală urât mirositoare.
- O secreție nazală cu striuri sangvinolente persistentă necesită investigații, în special dacă se asociază cu obstrucție nazală unilaterală.
- O secreție nazală unilaterală clară apărută după un traumatism facial poate reprezenta rinolicvoree rezultată prin fractura osului etmoid. Uneori, poate apărea la un anumit interval de timp după traumatism.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# OCHI

**Diplopia**

**Ochiul roșu și dureros**

**Pierderea bruscă a vederii**

**Pierderea treptată a vederii**

**Probleme ale pleoapelor**

**Pruritul și iritația ochilor și ale pleoapelor**

Scanned with OKEN Scanner

# DIPLOPIA

## Privire de ansamblu

Diplopia (vederea dublă) este aproape întotdeauna binoculară, mișcările unui ochi fiind limitate de un număr de motive posibile.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Fiziologică (focalizare prea aproape sau perceperea obiectelor mai aproape decât cele focalizate).
- Intoxicație: sedative, medicamente eliberate fără rețetă, consum de alcool în exces (în special), opiacee, benzodiazepine.
- Accident vascular cerebral.
- Traumatism cranian ușor, care cauzează diplopie temporară.
- Traumatism facial – fractură de os zigomatic sau orbită.

OCAZIONALE

- Mononevrită (de exemplu, diabet zaharat, SM).
- Afecțiuni orbitale (de obicei asociate cu durere și proptoză) și postoperator (cicatrice care limitează mișcările oculare).
- Sindrom Guillain-Barré.
- Paralizia nervilor cranieni trei, patru sau șase, cauzată de o leziune intracraniană ocupatoare de spațiu (hemoragie, tumoră, anevrism, abces, tromboză de sinus cavernos).
- Miastenia gravis.
- Diplopia monoculară: cataractă timpurie, neregularități ale suprafeței corneei (de exemplu, posttraumatice sau inflamatorii).

RARE

- Migrenă oftalmoplegică.
- Sindromul Toloso-Hunt: proces granulomatos sau inflamator în partea anterioară a sinusului cavernos sau fisura orbitală superioară.
- Pseudoparalizia mușchilor oculari: boala distiroidiană, sindromul Duane (fibroza congenitală a mușchilor drepți oculari).
- Miozită orbitală.
- Exoftalmie hipofizară.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Fiziologică* | *Intoxicație* | *AVC* | *Traumatism cranian* | *Traumatism facial* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric de traumatism | Nu | Nu | Nu | Da | Da |
| Pupile inegale | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Pareza unui membru | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Stare de conștiență alterată | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Deformarea oaselor faciale | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare; HLG cu formulă, VSH/PrCR, lipide, sumar de urină, glicemie.
**Posibile:** TFT, radiografii, CT/RMN.
**Rareori:** testul la edrofoniu, EMG, examenul LCR, angiografie.

- În cele mai comune cauze nu sunt indicate investigații în îngrijirea primară – este recomandată trimiterea la medicul specialist.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR, lipide: dacă se suspicionează un AVC și internarea în spital nu este necesară; de asemenea, pot evidenția o afecțiune inflamatorie.
- Examenul de urină pentru glucoză/glicemie à jeun: pentru a investiga un posibil diabet zaharat.
- TFT: pentru hipertiroidie.
- Alte investigații (și posibil unele dintre cele enumerate mai sus) se efectuează de obicei în spital: radiografie craniană și facială în cazul unui traumatism; CT sau RMN (traumatism cranian, accident vascular cerebral, leziune ocupatoare de spațiu); investigații neurologice specializate (testul la edrofoniu, studii EMG de fibră unică, examenul LCR, angiografie).

### SUGESTII

- Stabiliți dacă diplopia este binoculară sau unioculară (care are un diagnostic diferențial mult mai restrâns).
- Stabiliți clar că este vorba de diplopie. Uneori, pacienții se plâng de „vedere dublă", în realitate fiind vorba de vedere neclară – și viceversa.
- Testul de acoperire a unui ochi este de ajutor în depistarea ochiului afectat.
- Paralizia nervului cranian patru produce diplopie la privirea în jos și spre interior, observată frecvent la coborârea unor scări. Pacientul încearcă să compenseze prin înclinarea capului – așa-numitul torticolis ocular.

Scanned with OKEN Scanner

- Intoxicația asociată cu traumatism cranian este frecventă în secțiile de urgență. Internarea pentru observație neurologică este obligatorie.
- Diplopia cu debut acut poate reflecta o patologie gravă – trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist pentru evaluare.
- Diplopia intermitentă nu ar trebui să fie considerată prea ușor ca nesemnificativă – ar putea fi semnul miasteniei gravis sau al sclerozei multiple.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# OCHIUL ROȘU ȘI DUREROS

## Privire de ansamblu

Acest simptom este un motiv frecvent de programare urgentă la oftalmolog. Dacă primiți o cerere de consultație pentru acest motiv, încercați să negociați o consultație în departamentul de oftalmologie, unde sunt condiții de examinare optime și echipamente potrivite. Examinați pacientul cu atenție, evaluând acuitatea vizuală, starea corneei și reflexele pupilare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Conjunctivita acută (alergică sau infecțioasă).
- Irita acută.
- Glaucomul acut.
- Keratita/ulcerul corneean.
- Abraziunea corneeană sau corp străin superficial.

OCAZIONALE

- Episclerită/sclerită.
- Keratoconjunctivita sicca.
- Traumatism: contuzii și plăgi penetrante, arsuri (electrice sau chimice).
- Celulita orbitală.

RARE

- Fistula carotico-cavernoasă (ruptura anevrismului carotidian).
- Guta (depozite de urat în conjunctivă sau scleră).
- Afecțiuni granulomatoase: TBC, sarcoidoză, toxoplasmoză.
- Oncocercoză (transmisă de musca neagră *Simulium* din Africa).
- Tumoră oculară primară, metastaze de la un neoplasm nazo-faringian.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Conjunctivită* | *Irită* | *Glaucom* | *Keratită/ulcer* | *Abraziune/corp străin* |
|---|---|---|---|---|---|
| Secreție | Da | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Tulburări de vedere | Nu | Da | Da | Posibil | Posibil |
| Hiperemie în jurul corneei | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Reflex pupilar diminuat | Nu | Da | Da | Nu | Posibil |
| Cornee tulbure | Nu | Posibil | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

În practică, această problemă este ușor de tratat de MF (de exemplu, conjunctivită sau corp strain) sau necesită trimiterea de urgență la medicul specialist. De aceea, rolul MF în investigarea ochiului roșu și dureros este limitat.

- Examenul microbiologic al secreției oculare: este ocazional de ajutor în conjunctivita care nu reacționează la tratament obișnuit.
- Teste sangvine: creșterea numărului de leucocite și a VSH/PrCR susține diagnosticul de afecțiune inflamatorie. Factorul reumatoid – în suspiciunea de artrită reumatoidă (AR); HLAB27 este de obicei pozitiv în spondilita anchilozantă. Aceste ultime investigații ar fi în mod normal efectuate când este posibil, mai degrabă decât în situația acută, atunci când se suspectează o boală de colagen subiacentă (de exemplu, irită).
- Măsurarea presiunii intraoculare este esențială în cazul suspiciunii de glaucom acut. De obicei, este efectuată de medicul specialist.

### SUGESTII

- Dacă aveți dubii în legătură cu diagnosticul, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru evaluare de urgență – o întârziere în aplicarea tratamentului poate avea consecințe foarte grave.
- Nu vă bazați pe evaluarea subiectivă a pacientului în ce privește tulburările de vedere – verificați acuitatea vizuală.
- Verificați pleoapa superioară pentru existența unui corp străin.
- Reexaminați pacientul după 24-48 de ore de la îndepărtarea unui corp străin pentru a verifica vindecarea corneei.

Scanned with OKEN Scanner

- Nu administrați niciodată midriatice când examinați un ochi roșu: puteți precipita glaucomul acut.
- Ochiul roșu bilateral este cauzat de obicei de conjunctivită. Dacă este unilateral, luați în considerare alte cauze.
- Nerecunoașterea unui ulcer corneean herpetic sau acut poate duce la orbire permanentă. Dacă aveți dubii, trimiteți pacientul de urgență la medicul specialist.
- Niciodată nu instilați picături oculare cu steroizi dacă nu sunteți absolut sigur că tratați corect problema și ați exclus ulcerația herpetică.
- Când este vorba de un corp străin, faceți o anamneză minuțioasă. Posibilitatea unui impact cu viteză mare (de exemplu, un șpan) impune consultul medicului specialist pentru a exclude un corp străin intraocular.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PIERDEREA BRUSCĂ A VEDERII

## Privire de ansamblu

Pierderea bruscă a vederii este o urgență reală. Majoritatea cauzelor necesită opinie oftalmologică urgentă, fiind puține în care MF poate interveni. Acest simptom particular este rareori întâlnit în cabinetul MF – sunt necesare o programare sau o vizită promptă și o examinare atentă pentru a evalua situația și a exclude cauzele care nu necesită tratament specializat urgent.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Glaucom acut.
- Hemoragie vitroasă.
- Ocluzia arterei retiniene centrale.
- Migrenă.
- AVC sau AIT.

OCAZIONALE

- Ocluzia venei retiniene centrale.
- Nevrita retrobulbară (optică).
- Dezlipirea de retină.
- Arterita temporală.
- Uveită posterioară.

RARE

- Isteria.
- Cecitate corticală (nevasculară).
- Lezarea nervului optic.
- Intoxicația cu chinină.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Glaucom acut* | *Hemoragie vitroasă* | *Ocluzia arterei retiniene* | *Migrenă* | *AIT/AVC* |
|---|---|---|---|---|---|
| Precedată de spoturi și flash-uri luminoase | Nu | Posibil | Nu | Da | Posibil |
| Urmată de cefalee | Nu | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Durere oculară | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Reflexul roșu pupilar absent | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Pupila afectată dilatată și fixă | Da | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

Majoritatea cazurilor de orbire bruscă trebuie trimise de urgență la medicul specialist. Teoretic, toate investigațiile sunt recomandate de specialist, de obicei după producerea evenimentului, pentru a depista cauza subiacentă. Aceste investigații sunt:

- Screening pentru diabet zaharat cu sumar de urină: retinopatia nedetectată poate precede hemoragia vitroasă.
- HLG cu formulă: Ht (PCV – *packed cell volume*) poate fi crescut în ocluzia venei retiniene centrale.
- VSH: crescut în arterita temporală.
- Investigații microbiologice multiple: sunt necesare pentru uveita posterioară.
- Ecografia polului superior: este de ajutor în hemoragia vitroasă pentru identificarea cauzelor tratabile.
- CT: este utilă doar pentru investigarea cauzelor cerebrale (AVC sau cecitatea corticală).

### SUGESTII

- Tulburările vizuale acute sunt adeseori dificil de diagnosticat corect și foarte alarmante pentru pacient.
- Evaluarea pierderii vederii și a severității acesteia de către pacient este foarte subiectivă – dacă este posibil, testați-o cu ajutorul unei diagrame Snellen.
- Păstrați întotdeauna baterii de rezervă la îndemână pentru oftalmoscopul dumneavoastră.

Scanned with OKEN Scanner

- Rețineți că tulburările vizuale pot fi simptomul inițial și al altor afecțiuni, cum ar fi hipertensiunea arterială, arterita temporală sau diabetul zaharat.
- Fiți atent la prezența unui suflu cardiac sau carotidian – pot fi prezente în ocluzia arterei retiniene sau AIT/AVC.
- Prezența unei pete roșii la nivelul foveei este patognomonică pentru ocluzia arterei retiniene.
- Nu utilizați niciodată midriatice pentru examinare la patul bolnavului: pot modifica aspectul clinic și chiar pot precipita un glaucom acut.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PIERDEREA TREPTATĂ A VEDERII

## Privire de ansamblu

Cele patru cauze majore ale orbirii treptate sunt: cataracta, oncocercoza, deficiența de vitamină A și trahomul. Cataracta apare la 65% dintre persoanele cu vârsta peste 65 de ani și doar la 20% dintre cele cu vârsta între 45 și 65 de ani. Majoritatea cazurilor de pierdere treptată a vederii întâlnite în asistența medicală primară sunt trimise de optician, de multe ori cu o scrisoare care descrie problema și sugerează trimiterea la un medic oftalmolog.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Cataractă.
- Glaucom cronic.
- Retinopatie diabetică sau hipertensivă.
- Degenerare maculară senilă.
- Dezlipire retiniană inferioară graduală.

OCAZIONALE
- Coroidoretinită.
- Nevrită optică (în SM).
- Boala Paget craniană.
- Retinita pigmentară.
- Tumoră intraorbitală sau intracraniană.

RARE
- Sifilis.
- Degenerare cerebro-maculară.
- Ambliopie toxică (tutun, metanol, arsenic, chinină, disulfură de carbon).
- Melanom coroidal.
- Atrofie optică ereditară Leber.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Cataractă* | *Glaucom* | *Retinopatie* | *Degenerare maculară* | *Dezlipire de retină* |
|---|---|---|---|---|---|
| Orbire unilaterală | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Pigmentarea maculei | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Exsudat + hemoragie | Nu | Nu | Da | Da | Nu |
| Fund de ochi întunecat | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Excavația papilei optice > 50% | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

Singurele investigații pe care le poate efectua MF sunt sumarul de urină și/sau glicemia pentru suspiciunea de diabet zaharat. Dacă glaucomul reprezintă o posibilitate și pacientul nu a fost consultat încă de optician, este utilă trimiterea la acesta pentru informații cu privire la câmpul vizual și presiunea oculară. Alte teste – cum ar fi ecografia polului posterior și CT pentru tumoră retiniană sau de alt tip; serologia sifilisului; radiografia craniană pentru boala Paget; și investigații neurologice pentru SM – sunt rareori necesare, fiind de obiocei efectuate în spital.

### SUGESTII

- Opticienii au tendința să raporteze de rutină cataracta la vârstnici. Intervenția chirurgicală este necesară doar la pacienții a căror activitate zilnică normală este semnificativ afectată.
- Cataracta este relativ rară la tineri și, de aceea, pacienții trebuie trimiși la medicul specialist indiferent de gradul afectării vederii – poate fi vorba de o cauză metabolică subiacentă rară.
- Nu uitați că pacienții cu glaucom grav sau cu alte boli care afectează vederea nu au voie să conducă automobilul.
- Un pacient vârstnic cu cataractă a cărui vedere nu se îmbunătățește considerabil la testul stenopeic suferă probabil și de degenerare maculară; din această cauză, intervenția chirurgicală pentru cataractă nu-i va aduce beneficii.

- Poate fi foarte dificil de stabilit la un pacient vârstnic dacă orbirea a apărut treptat sau brusc; dacă aveți îndoieli, trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist deoarece cauza poate fi acută și vindecabilă.
- Cefaleea progresivă matinală sau proptoza cu pierdere treptată a vederii sugerează o tumoră. Trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.
- Pierderea treptată sau recurentă a vederii sau vederea neclară asociată cu alte simptome neurologice intermitente, în special la un pacient tânăr, sugerează posibilitatea unei SM.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PROBLEME ALE PLEOAPELOR

## Privire de ansamblu

Problemele pleoapelor pot fi disproporționat de stresante pentru pacient din cauza poziției lor foarte apropiate de ochi și efectului lor cosmetic. Diagnosticul diferențial este complex – astfel tentația de a trata aceste probleme superficial printr-un examen scurt nu ar trebui să distragă atenția de la necesitatea de a obține o anamneză atentă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Orjelet.
- Blefarită.
- Chist meibomian.
- Xantelasma.
- Obstrucția canalului lacrimal.

OCAZIONALE
- Edem periorbital, de exemplu celulită orbitală, herpes zoster, angioedem, sindrom nefrotic, înțepătură de insecte.
- Ectropion.
- Entropion (poate fi secundar trichiazei).
- Eczemă (alergică, seboreică).
- Ptoză (congenitală, paralizie de nerv oculomotor, sindrom Horner, miastenia gravis, senilă, distrofie miotonică).
- Afecțiuni musculare (miokymya, blefarospasm).

RARE
- Neoplasm (de exemplu, carcinom cu celule bazale).
- Tumoră benignă (de exemplu, papilom, hemangiom).
- Dacrocistită.
- Alopecie.
- Molluscum contagiosum.
- Pediculoză.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Orjelet* | *Blefarită* | *Chist meibomian* | *Xantelasma* | *Obstrucția canalului lacrimal* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Istoric prelungit | Nu | Posibil | Posibil | Da | Posibil |
| Edem vizibil | Da | Nu | Da | Da | Nu |
| Lăcrimare | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Prurit | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** profilul lipidic.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă, TFH.
**Rareori:** teste pentru ptoză, biopsie.

- Profilul lipidic: în prezența xantelasmei, poate evidenția hipercolesterolemia.
- Sumarul de urină: proteinuria în sindromul nefrotic.
- HLG cu formulă: numărul de leucocite este crescut în procesele infecțioase, de exemplu celulita.
- TFH: hipoproteinemie în sindromul nefrotic.
- Teste suplimentare pentru ptoză (de obicei, recomandate de medicul specialist): de exemplu, radiografie toracică (sindrom Horner), testul la edrofoniu (mistenie), glicemia și teste imagistice cerebrale (paralizie de oculomotor).
- Biopsie: dacă se suspectează un cancer.

### SUGESTII

- Chistul meibomian este adeseori diagnosticat greșit – de pacient și de medic – ca orjelet, în special dacă este infectat.
- Entropionul asociat cu trichiază secundară poate fi omis ca etiologie a unei ulcerații recurente, a lăcrimării, în special la pacienții în vârstă.
- Miokimya – secuse focale recurente ale mușchiului orbicular al ochiului – nu este gravă, dar alarmează pacientul.
- Mulți pacienți cu xantelasmă au fost deja „remarcați" și, astfel, li s-a măsurat deja nivelul colesterolului. Interesați-vă despre acest lucru înainte de irosirea resurselor pe controale inutile suplimentare.

Scanned with OKEN Scanner

- Celulita orbitală necesită tratament în spital.
- Ptoza bilaterală care se agravează pe parcursul zilei poate indica miastenia gravis.
- Apariția unei ptoze unilaterale necesită investigare – diagnosticele posibilel variază de la diabet zaharat la cancer.
- Căderea genelor este un semn de prognostic nefavorabil în alopecie.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PRURITUL ȘI IRITAȚIA OCHILOR ȘI ALE PLEOAPELOR

## Privire de ansamblu

Pruritul sau iritația ochilor și a peoapelor este un simptom neplăcut, pentru care pacientul se prezintă direct la MF sau este trimis de optician. Poate fi dificil de stabilit dacă problema își are originea la nivelul pleoapei sau a ochiului; adeseori, afectează ambele structuri, cauzele suprapunându-se – acesta fiind motivul pentru care sunt tratate împreună.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Conjunctivita alergică (de obicei, rinita alergică).
- Conjunctivita infecțioasă.
- Ochi uscați.
- Blefarita.
- Obstrucția canalului lacrimal.

OCAZIONALE
- Ectropin.
- Entropion.
- Eczema pleoapelor.
- Efect al lentilelor de contact sau al soluției respective.
- Iatrogenic (medicație orală sau topică).
- Corp străin (dacă pacientul prezintă durere și eritem).

RARE
- Pediculoză pubiană (poate afecta genele).
- Sindromul pleoapei căzute (conjunctivită cronică cu pleoape laxe la bărbați obezi, de vârstă mijlocie).
- Carcinomul glandelor sebacee.
- Oftalmopatie tiroidiană.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Conjunctivita alergică* | *Conjunctivita infecțioasă* | *Ochi uscați* | *Blefarită* | *Obstrucția canalului lacrimal* |
|---|---|---|---|---|---|
| Bilateral | Da | Posibil | Da | Da | Posibil |
| Ochi roșu | Da | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Eritemul pleoapelor | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Sezonier | Posibil | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Secreție | Da | Da | Posibil | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** examen bacteriologic, testul Schirmer.
**Rareori:** TFT, autoanticorpi tiroidieni, RMN al orbitei, biopsie.

- Examen bacteriologic: poate fi necesar în cazul unei secreții persistente; esențial la nou-născuții care au prezentat secreție oculară de la naștere.
- Testul Schirmer: pentru evaluarea ochilor uscați – poate fi efectuat de optician.
- TFT, autoanticorpi tiroidieni, RMN al orbitei: pot fi de ajutor în cazul oftalmopatiei tiroidiene.
- Biopsia: se efectuează rareori, în cazul suspiciunii de carcinom al glandelor sebacee.

### SUGESTII

- Diagnosticul poate fi dificil; de aceea este important consultul unui medic oftalmolog.
- Întrebați pacientul dacă a folosit picături oculare eliberate fără rețetă – poate fi indiciul unei probleme subiacente. Uneori, chiar picăturile pot fi cauza.
- Este destul de ușor să omiteți un entropion – cereți pacientului să închidă ochii, apoi să-i deschidă brusc, caz în care ar trebui să descoperiți entropionul.
- Rețineți că, uneori, pacienții cu ochi uscați pot prezenta în mod paradoxal o secreție fibroasă.

- Rețineți că oftalmopatia tiroidiană poate apărea înainte de instalarea disfuncției biochimice – dacă aveți dubii, trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Nu omiteți corpul străin ca posibilă cauză, în special dacă istoricul este vag și simptomele unilaterale.
- Carcinomul glandelor sebacee (rar) produce simptome asemănătoare blefaritei, dar cu inflamație localizată și cădere localizată a genelor

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PĂR ȘI UNGHII

**Alopecia**

**Anomaliile unghiilor**

**Hirsutismul**

**Pruritul scalpului**

Scanned with OKEN Scanner

# ALOPECIA

## Privire de ansamblu

Alopecia creează anxietate la ambele sexe: bărbații cred că-și pierd potența, iar femeile se tem de dezastrul estetic pe care îl produce alopecia. Este foarte ușor de trecut cu vederea semnificația psihologică a accelerării căderii părului. De aceea, aveți grijă ca pacientul să știe că problema lui este tratată cu seriozitate.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Alopecie androgenică (pattern masculin).
- Dermatită seboreică.
- Alopecia areata.
- Dermatită alergică de contact.
- Tinea capitis.

OCAZIONALE

- Foliculită bacteriană.
- Alopecia difuză de stres (telogen effluvium).
- Endocrine: mixedem, hipopituitarism și hipoparatiroidism.
- Alopecie de tracțiune.
- Lupus eritematos.

RARE

- Sifilis secundar.
- Tricotilomania.
- Sclerodermie inelară.
- Iatrogenic, de exemplu chimioterapie, anticoagulante.
- Malnutriție.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Alopecie androgenică* | *Dermatită seboreică* | *Alopecia areata* | *Dermatită alergică* | *Tinea capitis* |
|---|---|---|---|---|---|
| Scalp normal | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Tegumente anormale | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Fire de păr „în semn de exclamare" | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Fire de păr subțiate neuniform | Da (M)<br>Nu (F) | Da | Da | Da | Da |
| Descuamare și exsudație | Nu | Da | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** testul cu lampa Wood, examen micologic (fire de păr, cruste).
**Rareori:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, uree și electroliți, TFT, FSH/LH, prolactină, teste pentru boli autoimune, serologia sifilisului.

- În cazul unei infecții cu *Microsporum*, fluorescența are culoare verde la examinarea cu lampa Wood (UV).
- Dacă scalpul prezintă modificări, efectuați un examem micologic al părului și al crustelor.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR și teste pentru boli autoimune: sunt utile pentru identificarea cauzelor autoimune, de exemplu LES.
- Serologia sifilisului: incidența sifilisului este în creștere.
- Uree și electroliți, TFT, FSH/LH/prolactină: pentru evaluarea endocrinopatiilor.

### SUGESTII

- Alopecia areata se asociază uneori cu o altă afecțiune autoimună; de aceea, trebuie să se facă o evaluare suplimentară, chiar la o consultație ulterioară.
- Nu uitați că în alopecia difuză de stres, evenimentul traumatizant – de exemplu, o afecțiune gravă sau nașterea – s-a produs cu aproximativ patru luni înainte de debutul alopeciei, astfel că este puțin probabil ca pacientul să facă legătura între cele două evenimente.
- Invariabil, pacienții se tem de pierderea totală a părului – nu uitați să abordați acest subiect și să-i dați pacientului un prognostic realist.
- Liniștiți bărbații cu chelie cu tipar masculin, care sunt îngrijorați cu privire la potența lor. În aceste cazuri, înseamnă de fapt opusul: debutul cheliei este legat de un nivel adecvat al testosteronului circulant. Eunucii nu au tendința să chelească.
- Limfadenopatia asociată cu alopecia sugerează un proces infecțios, așa că în aceste cazuri aveți în vedere foliculita bacteriană.

Scanned with OKEN Scanner

- Alopecia areata are un prognostic nefavorabil dacă sunt mai multe plăci, sunt afectate sprâncenele și genele sau debutează în copilărie.
- Alopecia cicatricială trebuie să determine medicul să caute semne generale ale lupusului eritematos sistemic.
- Tricotilomania la copii este de obicei o simplă obișnuință; la adulți este de cele mai multe ori un semn de tulburare psihologică semnificativă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ANOMALIILE UNGHIILOR

## Privire de ansamblu

În comparație cu bărbații, femeile solicită mai frecvent consult medical pentru modificări la nivelul unghiilor, adesea din motive cosmetice: unghii normale care se rup cu ușurință sau nu sunt netede. Alte modificări sunt descoperite mai degrabă la examenul fizic decât să fie menționate de pacient în mod voluntar și pot fi semnul unor boli grave.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Psoriazis.
- Infestații fungice: onicomicoză.
- Traumatism al patului unghial.
- Traumatism cauzat de rosul unghiilor (de asemenea, paronichia).
- Onicogrifoză (OG).

OCAZIONALE
- Modificări trofice (liniile Beau) – apar la 2-3 luni după boli grave.
- Eczema mâinii.
- Onicorexie (denivelări longitudinale).
- Paronichia cronică.
- Degete hipocratice (cauze variate).
- Boli autoimune (de exemplu, alopecia aerata, lichen plan).
- Coilonichie (unghie în formă de lingură): anemie prin deficit de fier și sindromul Plummer-Vinson.

RARE
- Melanom subunghial.
- Leuconichie (de exemplu, boli hepatice, diabet zaharat).
- Distrofie unghială lamelară.
- Sindromul unghiilor galbene (se poate asocia cu bronșită cronică, bronșiectazie sau pleurezie).
- Dermatită exfoliativă: unghii rigide și îngroșate.
- Distrofie unghială cauzată de circulația sangvină deficitară (de exemplu, boala Raynaud).
- Epidermoliza buloasă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Psoriazis* | *Infestații fungice* | *Rosul unghiilor* | *OG* |
|---|---|---|---|---|---|
| Godeu unghial | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Unghii afectate simetric | Nu | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Margini neregulate | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Unghii îngroșate | Posibil | Posibil | Da | Nu | Da |
| Unghii friabile | Nu | Posibil | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** raclat unghial pentru examen micologic.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă.
**Rareori:** TFH, radiografie toracică.

- Raclat unghial pentru examen micologic: poate reprezenta singura metodă de diferențiere între distrofia unghială psoriazică și onicomicoză.
- Sumarul de urină este de ajutor dacă unghiile sunt neobișnuit de albe: apar în diabetul zaharat.
- HLG cu formulă: confirmă anemia prin deficiență de fier în coilonichie.
- TFH: pentru evaluarea funcției hepatice în leuconichie.
- Radiografia toracică: dacă simptomele toracice se asociază cu degetele hipocratice sau unghii galbene.

### SUGESTII

- Nu examinați doar unghiile pacientului – puteți obține indicii pentru diagnostic printr-un examen complet al pacientului (de exemplu, plăcile din psoriazis sau tinea corporis coexistentă).
- Diagnosticele diferențiale cele mai comune sunt psoriazisul și infestațiile fungice (care, de obicei, sunt asimetrice).
- De obicei, pacientul se gândește la deficiențe de vitamine sau calciu – acestea nu sunt niciodată cauza reală.
- Liniile Beau devin evidente pentru pacient după trei sau mai multe luni de la evenimentul precipitant – verificați înregistrările anterioare pentru indicii despre cauză.

Scanned with OKEN Scanner

- Melanomul subunghial este rar și poate fi ușor confundat cu hematomul subunghial, care este mult mai frecvent. Caracteristice sunt: distrugerea unghiei, extinderea pigmentului în repliul periunghial și benzi longitudinale de pigment. Trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Degetele hipocratice reprezintă lărgirea și îngroșarea falangelor distale ale degetelor de la mâini; reflectă o afecțiune pulmonară sau cardiacă gravă. Cea mai frecventă cauză este carcinomul pulmonar.
- Nu presupuneți că unghiile friabile și albe sunt cauzate de o infestație fungică. Înainte de a-i recomanda pacientului un tratament antifungic de lungă durată, încercați să confirmați diagnosticul prin examen micologic.
- Roaderea unghiilor poate fi un simptom minor al unei tulburări anxioase majore. Aveți în vedere evaluarea aspectelor de ordin psihologic.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HIRSUTISMUL

## Privire de ansamblu

Hirsutismul este definit ca excesul creșterii părului la femei, având o distribuție masculină (bărbie, obraji, buza superioară, abdomen inferior și coapse). În general, este o problemă cosmetică. Trebuie avută în vedere originea etnică: femeile de origine mediteraneeană și indiană au mai mult păr corporal față de cele de origine nordică; japonezele, chinezoaicele și indiencele americanie au cel mai puțin păr pe corp.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Constituțional (fiziologic).
- Sindromul ovarelor polichistice (SOPC): 50% dintre cazuri.
- Anorexia nervoasă.
- Menopauză.
- Iatrogenic (de exemplu, fenitoină, minoxidil, danazol, glucocorticoizi).

OCAZIONALE

- Hiperplazia suprarenaliană congenitală (1 caz din 5 000).
- Abuzul de steroizi anabolici.
- Tumori ovariene: arenoblastom, tumora celulelor hilare, luteom.
- Tumoră suprarenaliană: carcinom și adenoma.
- Hipotiroidismul congenital (1 la 5 000 de nou-născuți vii) și juvenil.

RARE

- Acromegalie (incidență: 3 cazuri la un milion de persoane).
- Porfiria cutanea tarda.
- Sindrom Cushing (incidență: 1-2 cazuri la un milion de persoane).
- Hipertrichoza lanuginosa.
- Sindromul Cornelia de Lange (nanismul Amsterdam).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Constituțional* | *SOPC* | *Anorexia nervoasă* | *Menopauză* | *Medicamente* |
|---|---|---|---|---|---|
| Exces de păr moale | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Hirsutism facial | Posibil | Posibil | Nu | Da | Posibil |
| Oligo-/amenoree | Nu | Da | Da | Da | Nu |
| Fără alte manifestări | Da | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Scădere în greutate | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** testosteron seric, ecografie pelviană, HLG cu formulă, uree și electroliți, TFT.
**Rareori:** FSH/LH, alte teste endocrinologice și tehnici imagistice specializate (pentru afecțiuni suprarenaliene/hipofizare), porfirine urinare.

- Testosteronul seric: probabil este investigația cea mai folosită. Un nivel ușor crescut (de trei ori valoarea normală) sugerează SOPC; un nivel peste această valoare indică o posibilă tumoră.
- HLG cu formulă, uree și electroliți: anemie prin deficiență de fier și tulburări electrolitice în anorexie; ureea și electroliții se modifică în afecțiunile suprarenaliene.
- FSH/LH și TFT: FSH/LH sunt de ajutor în confirmarea menopauzei; TFT pot evidenția hipotiroidismul.
- Alte teste endocrinologice și tehnici imagistice specializate: pentru investigarea afecțiunilor suprarenaliene și hipofizare (sunt recomandate de medicul specialist).
- Ecografia pelviană: poate evidenția chisturi ovariene multiple, caracteristice SOPC; de asemenea, poate arăta o tumoră ovariană.
- Porfirine urinare: pentru porfirie.

### SUGESTII

- Hirsutismul ușor, de lungă durată nu necesită investigații.
- Întrebați pacienta despre medicamentele pe care le ia, în special dacă este sportivă – uneori, cauza este utilizarea de steroizi anabolizanți.
- Luați problema în serios și fiți pregatit pentru întrebări legate de decolorare, creme depilatoare și electroliză.

Scanned with OKEN Scanner

- Hirsutismul sever și apărut brusc este cel mai important marker al unei afecțiuni grave.
- Amenoreea, apariția alopeciei concomitent cu hirsutismul și starea generală modificată sunt indicii pentru o tumoră secretantă de hormoni.
- Aveți în vedere și factorii psihologici: hirsutismul poate cauza – sau poate fi acuza de prezentare pentru – o depresie gravă.
- Debutul recent al unei dureri de cap puternice și al unor tulburări de câmp vizual sugerează posibilitatea unui adenom hipofizar.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PRURITUL SCALPULUI

## Privire de ansamblu

Deși pentru clinician pare a fi un simptom banal, pruritul scalpului poate cauza pacientului suferință semnificativă. De obicei, este un simptom de prezentare pentru care un examen scurt poate fi realizat în același timp cu o anamneză la fel de scurtă. În general, această abordare poate fi eficientă, dar uneori problema poate fi mai complicată decât pare la prima vedere.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Pediculoza capului.
- Eczemă seboreică.
- Psoriazis.
- Lichen simplu.
- Impetigo (urmare a pediculozei sau a eczemei).

OCAZIONALE

- Eczemă alergică/de contact.
- Alte infestații fungice.

RARE

- Stres/depresie.
- Infecție virală, de exemplu varicelă – o problemă comună, dar care se manifestă rar prin prurit al scalpului.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Pediculoza capului* | *Eczemă seboreică* | *Psoriazis* | *Lichen simplu* | *Impetigo* |
|---|---|---|---|---|---|
| Cruste la nivelul scalpului | Nu | Da | Da | Posibil | Nu |
| Leziuni pustulare | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Leziuni cutanate în alte zone ale corpului | Nu | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil |
| Lindini prezente | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Problemă cronică | Nu | Posibil | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

În general, nu este necesară efectuarea de investigatii. Confirmarea unei infestații fungice poate fi făcută prin examinarea cu lampa Wood și examen microscopic sau cultură din probe de păr și scalp.

### SUGESTII

- Indiferent de diagnostic, scărpinatul va perpetua sau complica problema și, de aceea, trebuie descurajat.
- Examinați tegumentele și unghiile – vă pot furniza indicii utile pentru diagnostic.
- La un copil, diagnosticul cel mai probabil este pediculoza; lista cauzelor crește odată cu vârsta pacientului.

- La copil, impetigo al scalpului – în special dacă recidivează rapid – sugerează o problemă subiacentă, cum ar fi pediculoza capului sau eczema – care trebuie tratată; în caz contrar, simptomele vor persista.
- Într-un caz altfel dificil, aveți în vedere și cauze psihologice – stresul și depresia se pot manifesta uneori prin prurit al scalpului.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PELVIS

## Durerea pelviană acută

## Durerea pelviană cronică

## Tumefacții inghinale

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA PELVIANĂ ACUTĂ

## Privire de ansamblu

Durerea pelviană acută este mult mai frecventă la femei ca la bărbați. În forma sa cea mai ușoară, este prezentă la orice femeie la un moment dat de-a lungul vieții, asociată cu menstruația, ovulația sau actul sexual. Forma severă de durere pelviană acută este cel mai frecvent motiv pentru examinarea laparoscopică în urgență.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Boala pelviană inflamatorie (BPI) acută.
- Infecția tractului urinar (ITU).
- Avortul.
- Sarcina extrauterină.
- Chist ovarian: torsiune, ruptură.

OCAZIONALE

- Abces pelvian (apendice, BPI).
- Endometrioză.
- Congestie pelviană (exacerbarea sindromului dureros pelvian).
- Prostatită (la bărbați).
- Funcțională (origine psihosexuală).

RARE

- DCIU incorect poziționat (uter perforat).
- Reflexă (de exemplu, tumoră spinală, spasm intestinal).
- Proctită.
- Carcinom invaziv de ovar sau col uterin.
- Degenerarea fibromului uterin.
- Hernie femurală sau inghinală strangulată.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *BPI* | *ITU* | *Avort* | *Sarcină extrauterină* | *Chist ovarian* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sângerare vaginală anormală | Posibil | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Secreție purulentă PV | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Febră | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Masă palpabilă | Nu | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Uter sensibil PV | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HVS, frotiu cervical, sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, test de sarcină, ecografie, laparoscopie (toate recomandate de echipa de medici din spital).
**Rareori:** nu sunt necesare.

- Sumar de urină: se pot evidenția nitriți și puroi în ITU.
- Urocultura: confirmă ITU și orientează tratamentul.
- HVS: pentru bacterii, inclusiv gonococii, și frotiu cervical pentru *Chlamydia* dacă este prezentă o secreție purulentă.
- VSH/PrCR: crescute în BPI.
- Testul de sarcină: pozitiv în sarcina extrauterină și avort.
- HLG cu formulă: leucocitoza confirmă BPI și ITU, dacă pacienta nu se internează; apare, de asemenea, în abcesul pelvian.
- Ecografia în urgență: este utilă în suspiciunea de avort sau sarcină ectopică.
- Cazurile trimise la spital probabil că vor fi supuse laparoscopiei.

### SUGESTII

- În avort, durerea urmează după sângerare; în sarcina extrauterină, secvența evenimentelor se inversează.
- Se poate ca în sarcina extrauterină să nu apară sângerare – sau secreția vaginală să fie de culoare neagră.
- Sângerarea PV poate produce hematurie la sumarul de urină. Puneți diagnosticul de ITU doar în contextul simptomelor fizice sugestive și al prezenței nitriților și a puroiului la sumarul de urină.

Scanned with OKEN Scanner

- Durerea unilaterală intensă și sensibilitate PV la aproximativ șase săptămâni de la ultimul ciclu menstrual sugerează sarcina extrauterină, chiar în absența sângerării. Pacienta se internează imediat.
- Scopul ecografiei într-o posibilă sarcină extrauterină este mai degrabă de a stabili dacă există o sarcină intrauterină decât de a „vizualiza" extrauterina. Dacă nu apare sarcina intrauterină, se va efectua laparoscopie exploratorie.
- Dacă BPI nu se ameliorează în 48 de ore de la inițierea tratamentului antibiotic, luati în considerare formarea unui abces.
- Nu uitati să examinați canalele femural și inghinal pentru o posibilă hernie strangulată.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA PELVIANĂ CRONICĂ

## Privire de ansamblu

Durerea pelviană este considerată cronică atunci când a fost prezentă trei sau mai multe cicluri menstruale. Diferențele între durerea pelviană cronică și durerea „normală" de menstruație constau în intensitate și durată. Este unul dintre cele mai frecvente simptome de trimitere la cabinetul ginecologic și pentru o femeie de a merge la MF în primul rând.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Endometrioză.
- Boală pelviană inflamatorie cronică.
- Congestie pelviană.
- Sindromul de colon iritabil.
- Psihologice (mittelschmerz, dismenoree primară).

OCAZIONALE
- ITU recurentă.
- Durere lombară mecanică.
- Prolaps uterovaginal.
- Tumori benigne: chist ovarian, fibrom uterin.
- Cistită interstițială cronică.
- DCIU.

RARE
- Tumori maligne (ovar, col uterin, intestine).
- Diverticulită.
- Cancer colonic inferior.
- Boală inflamatorie intestinală.
- Obstrucție intestinală subacută.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Endometrioză* | *BPI* | *Congestie pelviană* | *Sindrom de colon iritabil* | *Psihologice* |
|---|---|---|---|---|---|
| Se agravează la menstruație | Da | | Da | Posibil | Posibil |
| Menstruații abundente | Da | Da | Da | Nu | Posibil |
| Modificarea tranzitului intestinal | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Subfertilitate | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Sensibilitate ovariană | Posibil | Posibil | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** urocultură.
**Posibile:** laparoscopie, ecografie, HVS și examen bacteriologic.
**Rareori:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, examene imagistice ale intestinului și ale zonei lombare.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în exacerbarea BPI.
- HVS și examen bacteriologic pentru *Chlamydia*: utile în determinarea agentului etiologic al BPI cronice.
- Urocultura: în ITU; hematiile sunt prezente în cistita interstițială.
- Ecografia: este utilă dacă se palpează o masă pelviană.
- Laparoscopia: este investigația de elecție pentru diagnosticul BPI, al endometriozei și al congestiei pelviene.
- Alte investigații (de exemplu, examene imagistice ale intestinului și ale zonei lombare) pot fi recomadate de medicul specialist.

### SUGESTII

- Un sterilet „uitat" poate cauza durere pelviană ciclică.
- Dacă durerea este corelată cu menstruația, trebuie să stabiliți dacă este vorba de o dismenoree primară sau secundară – este mult mai probabil ca dismenoreea secundară să aibă o cauză patologică.
- În unele cazuri, diagnosticul rămâne neclar. Evitați să puneți un diagnostic evident eronat și încercați să adoptati o abordare constructivă fără să investigați excesiv pacienta.
- Nu omiteți cauzele neginecologice.
- Meteorismul este un simptom ginecologic frecvent, dar este caracteristic pentru sindromul de colon iritabil. O cură terapeutică cu medicamente antispastice poate fi utilă pentru diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

- Femeile cu vârsta peste 35 de ani la prezentare sau cele la care se descoperă o masa pelviană trebuie trimise la medicul ginecolog.
- Diagnosticarea greșită a BPI fără dovezi sigure întârzie diagnosticarea corectă și poate duce la administrarea de cure inutile de antibiotic.
- Aproape în toate cazurile, cancerul ovarian este diagnosticat într-un stadiu tardiv. Întotdeauna efectuați examinarea pelviană la o femeie care se prezintă cu durere pelviană cronică.
- Aveți mare grijă la diagnosticul de endometrioză. Chiar dacă este confirmat laparoscopic, nu uitați că multe femei cu constatări similare sunt asimptomatice. Discutați deschis cu pacienta, acest lucru va ajuta la prevenirea disfuncționalităților dacă afecțiunea nu se ameliorează cu tratament antiendometrioză.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TUMEFACȚII INGHINALE

## Privire de ansamblu

Cele mai multe cauze ale tumefacțiilor inghinale nu sunt urgențe. Totuși, mulți pacienți nu le sesizează; adesea, apariția unei astfel de tumefacții determină pacientul să solicite o consultație la MF, fie pentru că se teme de o afecțiune gravă, fie cunoaște diagnosticul, dar îl percepe în mod eronat ca fiind o urgență. În general, medicii de familie nu au o problemă cu această afecțiune pentru că diagnosticul și tratamentul nu sunt complicate.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Chist sebaceu.
- Ganglioni limfatici palpabili – „normali" sau secundari unei infecții.
- Hernie inghinală.
- Hernie femurală.
- Venă safenă varicoasă.

OCAZIONALE

- Testicul retractil.
- Abces (local).
- Metastaze (de obicei, limfadenopatie fixată la piele).
- Hidrocelul cordonului limfatic.
- Masă apendiculară joasă, tumoră pelviană/inghinală.
- Lipom.

RARE

- Abces (psoas).
- Limfom.
- Anevrism de arteră femurală.
- Neurofibrom.
- Testicul ectopic sau necoborât.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Chist sebaceu* | *Ganglioni limfatici palpabili* | *Hernie inghinală* | *Hernie femurală* | *Venă safenă varicoasă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Reductibilă | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Da |
| Impuls la tuse | Nu | Nu | Da | Posibil | Da |
| Freamăt palpabil la manevra Valsalva | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Fixat la piele | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Cu origine deasupra și medial de tuberculul pubian | Posibil | Posibil | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, examen ginecologic.
**Rareori:** ecografie pelviană.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: în cazul unei limfadenopatii difuze, în special dacă nu se găsește nicio cauză locală sau sunt descoperiți și alți ganglioni limfatici hipertrofiați. În afecțiunile maligne, Hb este scăzută, iar VSH/PrCR sunt crescute; leucocitoza și creșterea VSH/PrCR apar în abcese, infecții și discrazii sangvine.
- Frotiul uretral, vaginal sau endocervical se recoltează dacă se asociază secreție și/sau există suspiciune de BTS.
- Ecografia pelviană: pentru suspiciunea de masa pelviană.

### SUGESTII

- O venă safenă varicoasă poate fi asemănătoare cu o mica hernie. Faceți testul Valsalva (vezi „Baremul") și căutați semnele venelor varicoase.
- Dacă descoperiți o limfadenopatie locală, căutați o cauză infecțioasă și BTS.
- Nu fiți surprins dacă nu descoperiți nicio anomalie – ganglionii limfatici inghinali normali la o persoană slabă sau un testicul normal retractil pot cauza un mare grad de anxietate pacientului sau părinților.
- Dacă istoricul sugerează hernie, dar nu găsiți nimic la examenul fizic, puneți pacientul să tușească puternic sau să ridice picioarele întinse în timp ce este culcat pe canapea (pentru a crește presiunea intraabdominală); de asemenea, nu uitați să examinați pacientul și în ortostatism.

Scanned with OKEN Scanner

- Hernia femurală (mai frecventă la femei) are un risc mare de strangulare; de aceea, întotdeauna trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Testiculul necoborât la adult are risc crescut de malignizare. Dacă testiculul nu a coborât până la vârsta de un an, se recomandă intervenția chirurgicală.
- Dacă se descoperă o limfadenopatie, examinați și celelalte grupe ganglionare și investigați sau trimiteți pacientul la medicul specialist. Ganglionii limfatici de consistență dură, fixați la piele (imobili) indică un cancer secundar – trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.
- O tumefacție inghinală foarte dureroasă și ireductibilă sugerează o hernie încarcerată sau strangulată. Dacă nu sunteți sigur, trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PROBLEME FIZICE GENERALE

Căderi fără pierderea stării de conștiență

Câștigul anormal în greutate

Copilul care șchioapătă

Copilul febril

Durerea lombară

Eritemul facial

Eșecul sau falimentul creșterii

Icterul la adult

Infertilitatea

Limfadenopatia

Mersul anormal la adult

Parestezиile

Pierderea episodică
a stării de conștiență

Pruritul

Pubertatea întârziată

Scanned with OKEN Scanner

Scăderea anormală în greutate

Senzația de sete excesivă

Starea de oboseală

Starea de tensiune și anxietate

Starea febrilă prelungită

Sugarul care plânge excesiv

Transpirațiile excesive

Tremorul

Scanned with OKEN Scanner

# CĂDERI FĂRĂ PIERDEREA STĂRII DE CONȘTIENȚĂ

## Privire de ansamblu

Reprezintă o problemă frecventă la vârstnici, putând fi acută sau cronică. O vizită acasă este adesea necesară și foarte valoroasă pentru luarea deciziilor de diagnostic și îngrijire.

NOTĂ: termenul de „drop attack" sau convulsie atonico-akinetică este definită inconstant în literatura medicală ca fiind „căderea fără pierderea stării de conștiență", „căderea cu pierderea stării de conștiență" sau poate fi privită mai mult ca o entitate diagnostică distinctă decât ca un simptom.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Hipotensiune posturală.
- Ischemia trunchiului cerebral (insuficiență vertebro-bazilară).
- Iatrogenic (de exemplu, fenotiazine, hipoglicemiante, triciclice și hipotensive).
- Instabilitate posturală (artroză, paralizie de cvadriceps).
- Orice afecțiune acută (de exemplu, septicemie, AVC).

OCAZIONALE

- Lipsa de concentrare (pacientul se împiedică de covor).
- Tulburări vizuale.
- Intoxicație acută sau cronică cu alcool.
- Boala Parkinson.
- Aritmii cardiace.
- Orice cauză de vertij (de exemplu, labirintită, boala Ménière) sau de amețeli nespecifice (de exemplu, anemia).

RARE

- Hipotiroidism.
- Hidrocefalie.
- Tumoră a ventriculului al treilea cerebral.
- Neuropatie diabetică vegetativă.
- Stenoză aortică.
- Infarct miocardic nedureros (silențios).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hipotensiune posturală* | *Insuficiență vertebro-bazilară* | *Iatrogenic* | *Instabilitate posturală* | *Afecțiune acută* |
|---|---|---|---|---|---|
| Rigiditate articulară | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| În poziție verticală | Da | Nu | Posibil | Posibil | Da |
| Pacient confuz | Nu | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Polimedicație | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| La mișcarea capului | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG.
**Posibile:** TFT, TFH, ECG (sau ECG pe 24 de ore).
**Rareori:** CT, ecocardiografie.

- Sumar de urină: măsurarea glucozei este utilă în diagnosticul unui diabet zaharat – cauză majoră a neuropatiei vegetative – sau pentru ITU.
- HLG cu formulă: anemia exacerbează oricare dintre cauzele hipotensiunii posturale sau poate produce amețeli. Septicemia este sugerată de creșterea numărului de leucocite. MCV-ul crescut poate indica abuzul de alcool sau hipotiroidismul.
- TFT: hipotiroidismul este frecvent la vârstnici și se instalează treptat.
- TFH: pot apărea semne ale abuzului de alcool (γGT)
- ECG sau ECG pe 24 de ore: este de ajutor în identificarea unei aritmii, a unui defect de conducere sau a IM.
- CT (de exemplu, pentru tumori sau hidrocefalie) sau ecocardiografia (pentru stenoza aortică) pot fi recomandate de medicul specialist după trimitere.

### SUGESTII

- Neobservarea mersului pacientului poate însemna ratarea unor diagnostice importante (de exemplu, boala Parkinson).
- Căderile recurente la vârstnici au adeseori cauze multiple, de exemplu imposibilitatea de a vedea obiectele, insuficiența iluminării sau diverse obstacole în casă. Examinarea casei pacientului poate oferi indicii importante de diagnostic.
- În situații acute, managementul depinde mai mult de capacitatea pacientului de a rămâne în condiții de siguranță acasă (de exemplu, suport social) decât de un diagnostic exact.
- Nu subestimați importanța a ceea ce prescrieți pentru tratament; încercați să reduceți numărul de medicamente administrate și revizuiți regulat terapia.

Scanned with OKEN Scanner

- În tratarea acestei probleme, nu uitați să căutați cauza și efectul: etiologia căderilor și orice leziune gravă suferită.
- La un pacient vârstnic anterior sănătos căderea bruscă poate reprezenta o patologie acută – mențineți un prag scăzut pentru investigații sau internare.
- Căderile recurente, cu debut treptat, la un vârstnic sunt de obicei multifactoriale; la pacienții tineri, este mai probabilă o afecțiune subiacentă specifică, de aceea, trebuie trimiși la medicul specialist pentru investigații amănunțite.
- Semnele de traumatism (de exemplu, echimoze sau fracturi) și căzături repetate cu prezentare la departamentul de urgențe indică fie o persoană vârstnică foarte fragilă și vulnerabilă, sau o afecțiune subiacentă gravă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# CÂȘTIGUL ANORMAL ÎN GREUTATE

## Privire de ansamblu

De departe cea mai frecventă cauză a acestei probleme este obezitatea simplă, aceasta reprezentând 50% dintre cazurile de obezitate la femei. În general, bărbații sunt mai puțin predispuși la obezitate în comparație cu femeile. Poate fi problema principală de prezentare la MF sau poate fi unul dintre acele cazuri de „dacă tot sunt aici să vă spun și despre asta" – în orice caz, tinde să fie văzută ca o situație dezamăgitoare pentru că pacientul are așteptări nerealiste în ceea ce privește capacitatea medicului de a rezolva problema.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Obezitatea simplă (de obicei are o componentă ereditară asociată cu o dietă neadecvată și lipsa activității fizice).
- Hipotiroidism.
- Sarcina.
- Edemul de orice cauză (de exemplu, insuficiență cardiacă, insuficiență renală, insuficiență hepatică).
- Exces de alcool.

OCAZIONALE

- Menopauză.
- Iatrogen (de exemplu, corticosteroizi, insulină, sulfonilureice, estrogen, pizotifen).
- Sindromul ovarelor polichistice.
- Chist unic ovarian mare.
- Dizabilități fizice sau mintale care restricționează mișcările (de exemplu, AVC, sindrom Down).

RARE

- Abuz de steroizi anabolici.
- Sindrom Cushing.
- Leziuni hiopotalamice sau hipopituitarism.
- Insulinom.
- Sindroame genetice rare – de exemplu, sindromul Prader-Willi.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Obezitate simplă* | *Hipotiroidism* | *Sarcină* | *Edem* | *Exces de alcool* |
|---|---|---|---|---|---|
| Edem cu godeu | Posibil | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| Crește doar circumferința abdominală | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Istoric prelungit | Da | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Ficat palpabil | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Stare generală bună | Da | Posibil | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** TFT.
**Posibile:** sumar de urină, HLG cu formulă, TFH, uree și electroliți, test de sarcină, investigații cardiace dacă se suspicionează insuficiența cardiacă, ecografie pelviană.
**Rareori:** investigații suplimentare pentru funcția tiroidiană recomandate de medicul specialist.

- Sumar de urină: în cazul unui edem poate fi prezentă proteinuria când cauza este o afecțiune renală.
- HLG cu formulă: anemia poate precipita insuficiența cardiacă; MCV este crescut în hipotiroidism și consum excesiv de alcool.
- TFT: pentru hipotiroidism.
- Uree și electroliți: valori modificate în insuficiența renală și sindromul Cushing.
- TFH: pentru insuficiența hepatică, abuzul de alcool și status hipoproteinemic.
- Test de sarcină: pentru a exclude sarcina dacă există această posibilitate.
- Ecografie pelviană: va confirma ascita, chist ovarian sau sarcină.
- Investigații cardiace: radiografie toracică, ECG, BNP și ecocardiografie dacă se suspicionează insuficiența cardiacă.
- Investigații suplimentare pentru funcția tiroidiană recomandate de medicul specialist: pentru insulinom, hipopituitarism, sindrom Cushing.

## SUGESTII

- Pacienții care vin la MF acuzând creșterea în greutate, mai ales dacă este o problemă mai veche sau fluctuantă, de obicei știu bine ce doresc – de exemplu, teste de sânge sau un tratament medicamentos. Se poate irosi mult timp cu sfaturi nedorite despre dietă și activitate fizică, pe care pacientul le-a mai auzit. Stabiliți ce își dorește pacientul încă din primele momente.
- Părinții îngrijorați de greutatea copilului lor doresc adesea să fie liniștiți că „glandele" acestuia sunt normale. Dacă înălțimea copilului este proporțională cu greutatea, starea generală este bună și părinții au o fizionomie similară, este puțin probabil ca etiologia să fie endocrinologică.
- Pacienții cu sindrom Down au o prevalență relativ mare de hipotiroidism – aveți în vedere această posibilitate dacă pacientul cu sindrom Down prezintă o creștere inexplicabilă în greutate.
- De obicei, nu sunt necesare investigații, dar acestea pot fi de ajutor în aflarea cauzei reale.

Scanned with OKEN Scanner

- Corectarea hipotiroidismului nu rezolvă problema câștigului în greutate, doar dezvăluie obezitatea simplă. Nu creați false așteptări.
- Stabiliți dacă obezitatea este difuză sau este predominant abdominală (care poate indica o sarcină, ascită sau chist ovarian de mari dimensiuni).
- Apariția recentă a câștigului în greutate la un pacient în vârstă sugerează o probabilă insuficiență cardiacă sau un posibil hipotiroidism.
- Femeile tinere pot să nu ia în considerare sau să nu accepte diagnosticul de sarcină ca posibilă etiologie a acestei problem. Dacă există dubii, recomandați-i să efectueze un test de sarcină.
- Randamentul testelor de sânge de rutină este scăzut – dar aveți în vedere această investigație dacă pacientul are o stare generală modificată sau anamneza este atipică.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# COPILUL CARE ȘCHIOAPĂTĂ

## Privire de ansamblu

Este un simptom de prezentare la MF rar, dar alarmant, care poate anunța o afecțiune gravă și poate fi dificil de gestionat în mod corespunzător la un copil mic necooperant. Evaluarea trebuie să fie metodică și răbdătoare, ținerea sub observație a pacientului fiind obligatorie chiar dacă diagnosticul este evident încă de la început.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Traumatism, inclusiv un corp străin la nivelul piciorului (în special la copiii mici).
- Șoldul iritabil (sinovită tranzitorie).
- Infecție virală acută cu artralgie.
- Artrită juvenilă cronică pauciarticulară (AJC – 1:1 000).
- Alunecarea epifizei femurale superioare (de obicei, după vârsta de 10 ani).

OCAZIONALE

- Boala Perthes (1 la 2 000 de copii cu vârsta între 4 și 10 ani).
- Artrita septică.
- Scolioza idiopatică.
- Luxația congenitală de șold (5-10 la 1 000 de copii).
- Durere abdominală inferioară acută – în special apendicită.
- Lungime inegală a membrelor inferioare.
- Neurologic, de exemplu paralizie de șold.

RARE

- Osteomielită acută.
- Scarlatină.
- Afecțiuni autoimune (de exemplu, LES, dermatomiozită).
- Rahitism.
- Artrită juvenilă cronică genuină.
- Neoplasme care afectează osul.
- Distrofia musculară Duchenne.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Șoldul iritabil* | *Infecție virală* | *AJC* | *Alunecarea epifizei femurale superioare* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră | Nu | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Debut brusc | Da | Posibil | Posibil | Nu | Da |
| Rigiditate dimineața | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| De obicei după vârsta de 10 ani | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Sunt afectate mai multe articulații | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, radiografie toracică.
**Posibile:** screening pentru boli autoimune.
**Rareori:** calciu, fosfat, fosfataza alcalină, creatin kinaza, titrul ASLO, hemoculturi.

- HLG cu formulă și VSH/PrCR: numărul de leucocite și VSH/PrCR sunt crescute în afecțiuni infecțioase și inflamatorii.
- Radiografia șoldului: poate arăta fractură de șold, alunecarea epifizei femurale superioare, luxația congenitală, boala Perthes și alte afecțiuni grave – dar poate fi normală în multe afecțiuni grave.
- Factorul reumatoid și screening pentru boli autoimune: utile dacăse suspicionează o boală de țesut conjunctiv.
- Nivelul seric al calciului, al fosfatului și al fosfatazei alcaline: în rahitism, nivelul calciului și al fosfatului este scăzut, iar fosfataza alcalină este crescută.
- Creatin kinaza: foarte crescută în distrofiile musculare.
- Titrul ASLO: crește în 80% dintre cazurile de scarlatină.
- Efectuate în spital, hemoculturile pot identifica microorganisme infecțioase în osteomielită și artrita septică.

### SUGESTII

- Nu uitați să examinați tălpile și spațiile interdigitale, deoarece puteți descoperi o cauză evidentă și potențial simplu de tratat a șchiopătatului.
- Merită să investiți ceva timp în câștigarea încrederii copilului – acest lucru vă va permite să faceți o evaluare corectă, copilul acceptând mai ușor tratamentul.
- Părinții pot încerca să explice simptomul reamintindu-și un episod minor de traumatism care este probabil o pură coincidență.
- Nu omiteți durerea reflexă. Afecțiunile șoldului pot determina durere la nivelul genunchiului.

Scanned with OKEN Scanner

- Restricția marcată a mișcărilor și/sau durerea osoasă intensă sugerează o problemă gravă – în special fractură, artrită septică sau osteomielită.
- Febra asociată cu șchiopătatul necesită trimiterea la medicul specialist. Internați copilul pentru a exclude osteomielita sau artrita septică.
- Durerea în zona inghinală asociată cu șchiopătatul la un băiat la pubertate obez este cel mai probil cauzată de alunecarea epifizei femurale superioare.
- Nu limitați evaluarea numai la șold: de exemplu, durerea abdominală, în special cauzată de apendicită, poate determina șchiopătat la un copil.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# COPILUL FEBRIL

## Privire de ansamblu

Febra la copil este probabil cel mai frecvent simptom pentru care este solicitat sfatul MF, deoarece generează îngrijorare părinților. Aproape întotdeauna este cauzată de un anumit tip de infecție. Lista cauzelor este atât de vastă încât ne-am concentrat pe cele comune și ocazionale, care au cele multe șanse de a fi întâlnite în practica generală.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- IACRS virale, nespecifice (de exemplu, răceala comună, boli tip gripă, faringită, traheită).
- Gastroenterită.
- Otită medie.
- Amigdalită.
- Infecție toracică.

OCAZIONALE
- Infecție de tract urinar.
- Bronșiolită.
- Crup.
- Exanteme virale comune (de exemplu, varicelă, rozeolă, boala a cincea, boala gură-mână-picior).
- Apendicită.
- Celulită (în special orbital) și alte infecții cutanate grave (de exemplu, abces, sindromul pielii opărite).
- Mononucleoză infecțioasă.
- Postimunizare.
- Giardiază.

RARE
- Meningită/septicemia meningococică.
- Encefalită.
- Hepatită.
- SIDA.
- Exanteme rare (de exemplu, rujeolă, rubeolă).
- Parotidită epidemică.
- Epiglotită acută.
- Infecții atipice (de exemplu, bruceloză, listerioză, boala Lyme, boala zgârieturii de pisică).
- Tuberculoză.



Scanned with OKEN Scanner

- Infestații cu protozoare (de exemplu, criptosporidiaza, leishmaniaza, toxoplasmoza, malaria).
- Artrita septică, osteomielita.
- Boala Kawasaki.

## Barem

| | *IACRS* | *Gastroenterită* | *Otită medie* | *Amigdalită* | *Infecție toracică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Hipertrofie ganglionară la nivelul gâtului | Posibil | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| Durere intensă | Nu | Posibil | Da | Da | Posibil |
| Semne de localizare toracică | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Diaree | Posibil | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| Tuse | Da | Nu | Posibil | Nu | Da |

## Investigații de laborator

De obicei, nu sunt necesare niciun fel de investigații. Dacă un copil febril este suficient de bolnav pentru a necesita investigații, problema este urgentă și necesită spitalizare imediată. Sumarul de urină, ca indicator pentru ITU (presupunând că se poate obține o probă de urină), este uneori util în evitarea sau facilitarea internării în spital. Dacă este posibil, se efectuează și o urocultură, pentru analiza bacteriologică.

### SUGESTII

- Mulți dintre markerii clinici (vezi „Barem") sunt nespecifici și sunt prezenți în diferite infecții. În funcție de nivelul lor devin indicatori pentru o anumită patologie. De exemplu, multe infecții produc adenită mezenterică cu durere abdominală, dar durerea din apendicită este de obicei mult mai intensă la examinare. Frecvența respiratorie este crescută în toate stările febrile, dar într-o problemă toracică, aceasta crește mai mult, asociindu-se cu semne toracice. De aceea, examenul clinic trebuie să fie cât mai detaliat posibil, astfel încât să se obțină cât mai multe informații clinice.
- Nu uitați că părinții sunt foarte îngrijorați pentru copilul lor și nu contează cât de simplă pare gestionarea acestei probleme comune pentru dumneavoastră, pentru mamă este semnul unei boli grave. Manifestați un comportament calm și politicos, empatie și sensibilitate.
- În cazul în care vorbiți la telefon cu părintele, întotdeauna asigurați-vă de trei lucruri: în primul rând, verificați dacă părintele este mulțumit de sfatul dumneavoastră; în al doilea rând, încercați să aveți și un plan B, cu indicații ușor de identificat pentru părinte, de exemplu „dacă până la ora X, Y nu s-a întâmplat, mă sunați din nou"; și în al treilea rând, înregistrați evaluarea dumneavoastră clinică și ultimele două puncte în detaliu.
- Dacă aveți dubii, întotdeauna examinați copilul. Bazați-vă pe propria intuiție. Dacă după ce ați vorbit la telefon cu părintele unui copil febril ceva vă deranjează, sunați înapoi și aranjați o consultație. Nu veți părea niciodată „idiot", ci foarte grijuliu.
- Un copil cu ITU trebuie monitorizat, cu repetarea anlizelor în funcție de vârstă.

Scanned with OKEN Scanner

- Este foarte ușor să printați notițele clinice imediat ce le-ați scris în calculator. Dați-i părintelui o copie deoarece aceasta poate fi foarte valoroasă pentru el (și pentru medic) în cazul în care copilul trebuie consultat mai târziu, în afara orelor de program, atunci când fișa pacientului este adesea indisponibilă. Constatările inițiale obținute de dimineață pot fi informații de neprețuit mai târziu, în cazul în care copilul trebuie consultat din nou.
- Explicați părinților natura febrei și faptul că problema cheie este cauza febrei, mai degrabă decât febra în sine – mulți părinți au „fobie la febră".
- De multe ori este mult mai important să se poată face distincția între un bebeluș care „este bine" și unul „bolnav" decât de a pune un diagnostic inteligent, precis.

- Puteți fi tentat să vă simțiți mulțumit de sfaturile date la telefon părintelui sau la cabinet în legătură cu această problemă. Fiți întotdeauna atent și sistematic în evaluarea pacientului, indiferent cât sunteți de ocupat.
- Deshidratarea poate provoca rapid decesul unui sugar. Verificați întotdeauna starea de hidratare a bebelușului. Culoarea și cantitatea urinei eliminate sau frecvența schimbării scutecelor sunt indicatori practici utili, asociați cu starea generală a bebelușului și timpul de reumplere capilară.
- Dacă bebelușul este letargic și somnolent, trebuie internat imediat.
- Fiți foarte atent la un sugar irascibil și care nu poate fi consolat. Chiar și în absența altor dovezi, suspicionați o afecțiune gravă și trimiteți-l imediat la medicul specialist pediatru.
- Erupția petesială din septicemia meningococică este un semn tardiv. Absența acestui semn nu trebuie să vă liniștească. Dacă apare, internați imediat sugarul pentru a i se administra treatment antibiotic parenteral adecvat.
- În majoritatea cazurilor, febra înaltă nu este un indicator al gravității afecțiunii – excepție sunt sugarii sub trei luni cu febră peste 38°C și cei între trei și șase luni cu febră mai mare de 39°C, care trebuie considerați urgențe.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA LOMBARĂ

## Privire de ansamblu

Durerea lombară este o acuză comună de prezentare la MF; durerea acută este unul dintre motivele cele mai frecvente pentru programările de urgență în îngrijirea primară. În medie, anual, un MF acordă 120 de consultații pentru această problemă. În țările occidentale, aproximativ 80% dintre persoane suferă un astfel de episod dureros la un moment dat în viață: este cea mai importantă cauză de absenteism la serviciu atât pentru cei care fac muncă manuală (fiind principala cauză de invaliditate), cât și pentru sedentari. Nu uitați că pot fi implicate și multe cauze neortopedice, deci fiți foarte sistematic în evaluare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Durere mecanică (musculară).
- Disc lombar prolabat: durere în teritoriul rădăcinii nervoase.
- Spondiloză (exacerbare).
- Pielonefrită și calculi renali.
- Infecție pelviană.

### Ocazionale

- Spondiloartrită (de exemplu, spondilita anchilozantă, sindromul Reiter).
- Neoplasm al coloanei vertebrale (de obicei, metastaze), mielom.
- Ulcer duodenal/pancreatită acută.
- Depresie și stare de anxietate.
- Colaps vertebral (osteoporoză).

RARE

- Stenoză spinală.
- Osteomalacie.
- Anevrism de aortă.
- Cancer pancreatic.
- Spondilolistezis.
- Osteomielită.
- Simulare.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Durere mecanică* | *Disc lombar prolabat* | *Spondiloză* | *Pielonefrită/ calculi renali* | *Infecție pelviană.* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere sau parestezii în membre | Posibil | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Simptome unilaterale | Posibil | Da | Posibil | Da | Posibil |
| Reflexe reduse | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Nu |
| Sensibilitate abdominală | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Febră | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** sumar de urină, urocultură, HLG cu formulă, VSH/PrCR, electroforeză plasmatică, calciu sangvin, PSA.
**Rareori:** radiografia coloanei lombare, UIV, HLAB27, CT sau RMN, scintigrafie osoasă, investigații pentru cauze GI, ecografie, DEXA.

- Sumarul de urină: este util în ITU, dacă arată prezența sângelui, a puroiului și a nitriților (markeri ai infecției); se confirmă prin urocultură; prezența doar a sângelui ridică suspiciunea unui calcul.
- VSH/PrCR: cresc în cancer sau boli inflamatorii.
- HLG cu formulă: Hb poate fi scăzută în cancer, hiperleucocitoza ridică posibilitatea unei osteomielite.
- Electroforeza plasmatică: paraproteine prezente în mielom.
- Calciul sangvin: nivel crescut în mielom și metastaze osoase; este redus în osteomalacie.
- PSA: dacă se suspicionează un cancer prostatic diseminat.
- Radiografia coloanei lombare: nu este de ajutor în durerea lombară mecanică. Dacă această durere persistă mai mult de șase săptămâni, luați în considerare o altă cauză posibilă. La adultul tânăr aveți în vedere sacroileita sau spondilolistezis; pacientul vârstnic trebuie investigat pentru colaps vertebral. În general, dacă este necesară explrarea imagistică, cele mai utile sunt CT și RMN.
- Scintigrafia osoasă: poate detecta metastazele sau infecțiile osoase.
- CT sau RMN (de obicei, la recomandarea medicului specialist): sunt de ajutor în stenoza spinală, disc vertebral prolabat și leziuni osoase discrete.
- Investigațiile pentru o cauză GI includ: endoscopia (pentru UD), amilaza serică (pentru pancreatită) și CT (pentru cancerul pancreatic).
- Ecografie: pentru anevrismul de aortă.
- UVI: pentru pielonefrita recidivantă și posibili calculi renali sau ureterici.
- DEXA: este de ajutor în confirmarea suspiciunii de osteoporoză.

### SUGESTII

- Majoritatea durerilor lombare sunt „mecanice" și se ameliorează, indiferent de modalitatea de tratament, în 6-8 săptămâni; este important ca abordarea să fie pozitivă și optimistă.

Scanned with OKEN Scanner

- Adeseori, pacienții doresc efectuarea unei radiografii. Rezistați acestei cereri (recomandați doar dacă este absolut necesar) – și explicați-i motivul. Chiar dacă pacientul nu face această solicitare, explicați-i de ce nu recomandați radiografia, deoarece astfel puteți consolida relația dumneavoastră cu pacientul, în special dacă simptomele persistă mai mult timp.
- Dacă problema recidivează, excludeți afecțiunile grave, apoi explorați îngrijorările pacientului. În cazul unei dureri lombare mecanice simple este important să discutați măsurile profilactice și de autoîngrijire pentru viitoarele episoade.
- Simularea unei astfel de dureri se întâlnește rareori, dar este posibilă din cauza caracterului subiectiv. Fiți atent la pacienții care aparent nu pot ridica piciorul întins, dar nu au nicio problemă să stea așezați pe canapea și la cei care refuză să se așeze în timpul consultului.

- Sciatica bilaterală, anestezia „în șa" și tulburările de micțiune și/sau defecație sugerează protruzia discului central: este o urgență neurologică.
- La un bărbat cu vârsta peste 55 de ani care prezintă o durere lombară atipică, luați în considerare cancerul de prostată. Sunt necesare TR, PSA și examinare osoasă.
- Fiți atent la durerea lombară constantă, care trezește pacientul noaptea – în special la vârstnici. Este posibilă o patologie gravă.
- O durere lombară care nu restricționează mișcările coloanei vertebrale sau care nu se agravează la aceste mișcări sugerează că sursa este în altă parte – poate fi vorba de o afecțiune renală, aortică sau gastrointestinală, ori patologie pelviană la femei.
- Durerea intensă în zona interscapulară sau lombară la un pacient cunoscut cu arteriopatie sugerează anevrism de aorta disecant. Este necesară internarea de urgență.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ERITEMUL FACIAL

## Privire de ansamblu

Acest simptom este reclamat mai frecvent de femei în comparație cu bărbații, nu numai din cauza importanței cosmetice, dar și pentru că menopauza constituie cea mai mare parte a motivelor pentru care femeile solicită consultul MF. Este diferită de roșeața emoțională din punct de vedere al contextului, al duratei, al severității și al extinderii.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Menopauză.
- Consum cronic excesiv de alcool.
- Rozaceea.
- Iatrogenic (de exemplu, antagoniști de calciu).
- Stare de anxietate.

OCAZIONALE
- Policitemia rubra vera.
- Hipertiroidism.
- Interacțiune medicamente/alcool: metronidazol, disulfiram.
- Boală mitrală (eritemul malar).
- Hiper- și hipoglicemie.
- Epilepsie (aura).

RARE
- Tumoră carcinoidă.
- Feocromocitom.
- Sindrom Zollinger-Ellison.
- Mastocitoză sistemică.
- Carcinom bronhogen ACTH-secretant și sindrom Cushing.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Menopauză* | *Alcool* | *Rozaceea* | *Iatrogenic* | *Anxietate* |
|---|---|---|---|---|---|
| Continuu | Nu | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Scădere în greutate | Nu | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Papule la nivelul feței | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Tremor | Nu | Posibil | Nu | Nu | Da |
| Istoric de lungă durată | Posibil | Da | Posibil | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** HLG cu formulă, TFH, TFT, glicemie.
**Rareori:** ecocardiogramă, EEG, 5HIAA urinar și VMA, nivelul gastrinei, alte teste endocrine specializate.

- HLG cu formulă: creșterea hemoglobinei și a hematocritului în policitemie (poate fi crescut și numărul de trombocite și leucocite); MCV crește în abuzul cronic de alcool.
- Biochimie: TFH și γGT sunt anormale în consumul cronic de alcool. TFTpot arătaa hipertiroidism.
- Glicemia: pentru hipo- sau hiperglicemie.
- FSH/LH: au utilizare limitată din cauza necorelării cu simptomele (se efectuează doar în prezența suspiciunii de menopauză prematură).
- Ecocardiografie: dacă se suspectează stenoza mitrală.
- EEG: pentru o posibilă epilepsie.
- Testele specializate includ 5HIAA (tumoră carcinoidă) și VMA (feocromocitom), nivelul gastrinei (sindrom Zollinger-Ellison) și teste endocrine suplimentare (de exemplu, pentru sindromul Cushing).

### SUGESTII

- Cele mai multe femei care se plâng de înroșirea feței vor suspecta menopauza ca etiologie. Abordați această posibilitate în cursul consultului, în special la femeile tinere care se tem de „o schimbare timpurie".
- O față înroșită constant la un bărbat vârstnic este cel mai probabil cauzată de consumul de alcool, policitemie sau rozacee.
- Anxietatea este probabilă dacă circumstanțele se potrivesc – dar trebuie avut în vedere faptul că hipertiroidismul poate produce un tablou clinic foarte asemănător.
- Este dificil de deosebit anxietatea de simptomele de menopauză la o femeie ajunsă la vârsta de instalare a acesteia. Înroșirea feței asociată cu transpirații care trezesc din somn pacienta sunt cauzate probabil de menopauză – dar o probă medicamentoasă este testul esențial (aveți grijă, totuși, la un răspuns placebo inițial).

Scanned with OKEN Scanner

- Diareea și dispnee asociate cu înroșirea feței apărute după consumul de alcool, alimente și efort fizic sugerează un posibil sindrom carcinoid.
- Înroșirea feței urmată de un episod de alterare a stării de conștiență arată o cauză gravă, de exemplu hipoglicemie sau epilepsie.
- Nu confundați acest simptom cu bufeurile de cauză emoțională. Deși comună, această problemă este puțin probabil să fie întâlnită de MF în practica medicală de zi cu zi.
- Debutul recent al unui episod de înroșire a feței, nelegat evident de menopauză sau o stare de anxietate poate avea o cauză gravă, în special dacă pacientul prezintă și alte simptome. În asemenea cazuri investigați sau trimiteți fără ezitare pacientul la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# EȘECUL SAU FALIMENTUL CREȘTERII

## Privire de ansamblu

Eșecul sau falimentul creșterii este definit ca incapacitatea copilului de a menține rata normală de creștere pentru vârstă și sex. Este esențială o abordare logică și sistematică pentru a descoperi cauza.

## Diagnostic diferențial

Eșecul sau falimentul creșterii are foarte multe cauze. Pentru a furniza o listă funcțională, am luat în considerare marile categorii și am subliniat în cadrul acestora cauzele frecvente.

COMUNE
- Normal – componentele genetice ale înălțimii și ale greutății intră în acțiune în primii doi ani de viață așa că bebelușii părinților de statură mică s-ar putea să nu respecte media vârstei și pot părea că au probleme.
- Neglijarea (emoțională și fizică).
- Probleme de alimentație (alimentație inadecvată, cauze fizice, de exemplu palatoschizis).
- Vărsături de orice cauză (reflux gastro-esofagian comun, stenoza pilorică).
- Malabsorbție – inclusiv intoleranța la laptele de vacă (intoleranța la lactoză sau proteina din laptele de vacă), boala celiacă.

OCAZIONALE
- Infecții recidivante, de exemplu, ITU, boli virale frecvente.
- Afecțiuni endocrine/metabolice, de exemplu, diabet zaharat, hipo- și hipertiroidism.
- Infecții cronice comune (de exemplu, ITU, gastroenterită).
- Diferite sindroame, de exemplu, Turner, Down (deși creșterea poate urma percentilele normale).
- Retardul creșterii intrauterine.
- Naștere prematură complicată.
- Intoxicații în timpul sarcinii, de exemplu, consum de alcool, tutun, amfetamine sau cocaină pe parcursul sarcinii.
- Infecții sau consum de medicamente pe parcursul sarcinii.

RARE
- Afecțiuni cronice grave (de exemplu, paralizie cerebrală, insuficiență hepatica, renală sau cardiacă).
- Astm cronic grav.



Scanned with OKEN Scanner

- Cancer.
- Infecții cronice mai rare: TBC, infecție cu HIV congenitală, parazitoze.
- Sindrom Munchausen prin proximitate.
- Fibroza chistică.
- Tulburări de metabolism ereditare.
- Cauze rare de alimentație a sugarului (de exemplu, hipotonie, micrognație, sindrom Prader-Willi).

## Barem

| | *Normal* | *Neglijare* | *Probleme de alimentație* | *Vărsături* | *Malabsorbție* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sugar/copil înfometat | Nu | Da | Da | Da | Posibil |
| Copil letargic | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Diaree | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Febră | Nu | Nu | Nu | | Nu |
| Părinți cu probleme psihosociale | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură, HLG, uree și electroliți, TFH, TFT, examenul scaunului, screening pentru boala celiacă.
**Posibile:** imunoglobuline.
**Rareori:** test cutanat PPD, examene radiologice, testul sudorii, nivelul hormonului de creștere, testare HIV.

- Sumar de urină și urocultură: pentru diagnosticul ITU.
- HLG cu formulă: poate evidenția efectele malnutriției (anemie) sau posibilele cauze ale problemei (de exemplu, hiperleucocitoza indică o infecție cronică).
- Uree, electroliți și TFH: sunt markeri ai reducerii funcției metabolice (scăderea ureei, a creatininei, a albuminei și a activității enzimelor hepatice) sau semne de afectare primară renală sau hepatică.
- Teste funcționale tiroidiene: esențiale și simple pentru detectarea hipo- sau hipertiroidiei.
- Screening pentru boala celiacă și examenul scaunului: pentru malabsorbție (și, de asemenea, pentru detectarea paraziților, de exemplu, helminți, *Giardia*).
- Imunoglobuline: modelele și nivelurile diferitelor clase de imunoglobuline se asociază cu o varietate de afecțiuni infecțioase, autoimune sau neoplazice.
- Testul cutanat cu derivat de proteină purificată – PPD (pentru tuberculoză) este cunoscut și ca testul Mantoux. Reacția pozitivă indică prezența infecției tuberculoase sau o expunere anterioară.
- Examene radiologice: determinarea vârstei osoase este de ajutor pentru diagnosticul diferențial între nanismul genetic și întârzierea constituțională a creșterii.
- Testul sudorii: este esențial pentru diagnosticul fibrozei chistice, care afectează unul dintre 2 500 de sugari.

Scanned with OKEN Scanner

- Hormonul de creștere: deficiența acestui hormone afectează unul dintre 3 500 de copii.
- Testare pentru HIV: dacă se suspicionează transmiterea verticală a HIV.

## SUGESTII

- Dintre sugarii sănătoși, 3% se află sub percentila 3. În cazul unui copil sănătos, întrebați despre înălțimea celuilalt părinte și a bunicilor. Creșterea un copil mic constituțional va urma în continuare curbele de creștere deși de la un punct de plecare scăzut.
- O treime dintre copiii cu insuficiență de creștere psihosocială sunt întârziați din punct de vedere al dezvoltării și prezintă probleme sociale și emoționale.
- Dacă părinții au statură mică și și nu există semne ale unei afecțiuni subiacente, cea mai bună strategie este ținerea sub observație a bebelușului, cu cântărire la intervale regulate. Revenirea la normal se va face după al doilea an de viață.

- Diagnosticarea unei cauze neorganice a insuficienței dezvoltării poate fi indiciul cel mai timpuriu al unei disfuncții grave a interacțiunii părinte/copil.
- Insuficiența dezvoltării de cauză neorganică, apărută în primul an de viață, are un prognostic nefavorabil. Există o probabilitate mare de abuz asupra copilului în curs de desfășurare în acest grup.
- Dacă se suspicionează abuzul asupra copilului, acesta trebuie internat imediat.
- Cu cât sugarul sau copilul este mai mic și mai bolnav în momentul prezentării la medic, cu atât sunt mai urgente evaluarea și tratamentul.
- Un studiu a demonstrat că 50% dintre cazurile de insuficiență a dezvoltării de cauză organică se asociază cu un factor psihosocial determinant. Trebuie să fiți atent la faptul că această problemă poate fi o afecțiune multifactorială.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ICTERUL LA ADULT

## Privire de ansamblu

Rareori, pacienții se plâng de „îngălbenirea pielii"; mai frecvent – deși încă rareori – MF observă icterul în timpul examinării pacientului. Pentru descoperirea cauzei sunt necesare examinarea clinică atentă și investigații de laborator adecvate.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Calculi în canalul biliar comun.
- Virale (de exemplu, mononucleoza infecțioasă, hepatita A, B, C).
- Cancer de cap de pancreas.
- Carcinom hepatic (de obicei, metastaze).
- Ciroză alcoolică.

OCAZIONALE

- Hepatită alcoolică.
- Ciroză biliară primitivă.
- Medicamente: clorpromazină, izoniazidă, steroizi anabolizanți, metildopa, supradoză de paracetamol.
- Anemie hemolitică (cauze multiple, de exemplu, autoimună, malarie, droguri).
- Congestie venoasă: insuficiența cardiacă, pericardită constrictivă.
- Colangită (și ulterior strictură a canalului biliar comun).
- Pancreatită.

RARE

- Cancer al canalului biliar.
- Leptospiroză.
- Sindrom Rotor, sindrom Dubin-Johnson și sindrom Mirizzi.
- Genetic: sindrom Gilbert, boala Wilson, deficiența de $\alpha_1$-antitripsină, galactozemie, boli ale depozitelor de glicogen, hemocromatoză.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Calculi în canalul biliar comun* | *Virale* | *Cancer de cap de pancreas* | *Metastaze* | *Ciroză alcoolică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Durere colicativă în hipocondrul drept | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Scădere rapidă în greutate | Nu | Posibil | Da | Da | Nu |
| Urină închisă la culoare/scaune decolorate | Da | Posibil | Da | Nu | Nu |
| Masă epigastrică | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă, TFH, serologia hepatitei.
**Posibile:** ecografie, anticorpi antimitocondriali.
**Rareori:** amilază serică, teste recomandate de medicul specialist (CPRE, biopsie hepatică).

- Sumar de urină: dacă în urină este prezentă bilirubină, icterul este colestatic; dacă este prezent urobilinogenul, icterul este hepatocelular; dacă nu, este obstructiv.
- TFH: nivelul bilirubinei este foarte crescut în cazul obstrucției biliare. AST și ALT cresc în afecțiuni hepatice. Fosfataza alcalină crește moderat în boli hepatice și foarte mult în obstrucția biliară și ciroza biliară primitivă.
- HLG cu formulă: anemie în bolile cronice. Numărul de leucocite crește în hepatită. În cazul anemiei hemolitice pot apărea macrocitoză, reticulocitoză și alte anomalii ale eritrocitelor. MCV crește în alcoolism.
- Serologia hepatitei: poate evidenția cauza hepatitei virale.
- Amilaza serică: crește în pancreatită.
- Testul anticorpilor antimitocondriali: pozitiv la peste 95% dintre pacienții cu ciroză biliară primitivă.
- Ecografia: este de ajutor în evaluarea ficatului, a pancreasului și a veziculei biliare: pentru calculi, tumori primare sau metastaze.
- Medicul specialist va recomanda și alte teste, cum ar fi CPRE și biopsia hepatică, utile în stabilirea cauzei subiacente.

### SUGESTII

- Nu uitați să priviți pacientul: dacă are icter semnificativ, veți observa imediat.
- La pacienții tineri, diagnosticul cel mai probabil este hepatita virală. La vârstnici, cauzele sunt multiple.
- Nu uitați cauzele iatrogene. De asemenea, amintiți-vă că prezența unui icter implică disfuncție hepatică; de aceea, aveți mare grijă când prescrieți un tratament medicamentos.
- Dacă pacientul se simte bine, nu are dureri sau febră, este rezonabil să-i faceți investigații inițiale – în special TFH – și apoi să-l revedeți peste una-două zile. Majoritatea celorlalte cauze necesită spitalizare.

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul unui pacient febril, cu icter brusc instalat, nu uitați să-l întrebați despre călătoriile în străinătate, contactul cu persoane străine, utilizarea de droguri sau istoricul sexual dacă este necesar.
- Un icter progresiv nedureros sugerează cancerul de pancreas. Trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.
- Dacă la palpare se descoperă un ficat mărit, dur, cu suprafață nodulară, cel mai probabil este vorba de metastaze.
- Observați dacă pacientul este neliniștit, cu tulburări de concentrare și somnolență: sugerează insuficiența hepatică fulminantă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# INFERTILITATEA

## Privire de ansamblu

Aproximativ 80% dintre cupluri concep un copil în primul an de contacte sexuale regulate și încă 5-10% în al doilea an. Infertilitatea este definită ca incapacitatea unui cuplu de a concepe un copil după doi ani de contacte sexuale regulate. Totuși, în funcție de circumstanțe, este indicat ca MF să intervină înainte de expirarea acestui termen limită ales arbitrar.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Neexplicat (27%).
- Defecte ale spermatozoizilor (24% – pot fi implicate variate cauze subiacente).
- Cicluri anovulatorii/defecte ale ovulației (21%).
- Obstrucția trompelor uterine (14%).
- Endometrioză.

OCAZIONALE

- Mucus cervical ostil.
- SOPC.
- Alte cauze de amenoree sau hipomenoree (vezi Amenoreea, pag. 211).
- Fibrom/polip uterin.
- Probleme ale colului uterin: inflamație, polipi, stenoză.
- Afecțiuni sistemice (de exemplu, anemie, afecțiuni tiroidiene).

RARE

- Malformații congenitale sau absența uterului, a vaginului, a trompelor uterine sau a ovarelor.
- Disfuncții sexuale.
- Tumori suprarenaliene.
- Anomalii cromozomiale: sindromul Turner (XO), sindromul super-femelă (XXX).
- Tuberculoza endometrială.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Neexplicat* | *Defecte ale spermatozoizilor* | *Cicluri anovulatorii/ defecte ale ovulației* | *Obstrucția trompelor uterine* | *Endometrioză* |
|---|---|---|---|---|---|
| Dismenoree | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |
| Antecedente de BTS | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Menoragie | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Posibil |
| Examen pelvian anormal | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Ciclu menstrual regulat | Da | Da | Posibil | Da | Da |

## Investigații de laborator

NOTĂ: amenoreea trebuie investigată separat – vezi Amenoreea, p. 211. Investigațiile recomandate pentru infertilitate depind foarte mult de situația respectivă și indicațiile locale.

**Necesare:** spermogramă, nivelul seric al progesteronului cu șapte zile înainte de debutul anticipat al ciclului menstrual.
**Posibile:** în caz de neregularități ale ciclului menstrual/amenoree/stare generală modificată – HLG, FSH, LH, prolactină, TFT, uree și electroliți, testosteron. Medicul specialist va recomanda ecografie uterină/ovariană.
**Rareori:** laparoscopie și colorare, histerosalpingografie, test postcoital. La bărbat: investigații suplimentare pentru problemele spermatozoizilor, de exemplu, FSH, LH, testosteron, ecografie testiculară.

- Spermogramă: poate fi necesară repetarea testului dacă primul test este suboptimal.
- Nivelul seric al progesteronului cu șapte zile înainte de debutul anticipat al ciclului menstrual: pentru ovulație.
- HLG cu formulă, FSH, LH, prolactină, uree și electroliții, testosteron: pentru patologia subiacentă dacă femeia are stare generală modificată sau probleme menstruale.
- Ecografie uterină și ovariană: pentru a exclude anomaliile structurale. Se pot vizualiza dezvoltarea foliculului ovarian și ovulația.
- Laparoscopie și colorare, histerosalpingografie: pentru verificarea permeabilității trompelor uterine.
- Test postcoital: frotiul din mucusul cervical la 12 ore postcoital este examinat la microscopul cu putere mare. Peste 10 spermatozoizi mobili pe câmpul microscopic arată un contact sexual satisfăcător, spermatozoizi normali și anticorpi absenți în mucusul cervical.
- La bărbat – FSH, LH și testosteron: pentru cauzele endocrine ale insuficienței producției de spermatozoizi.
- Ecografie testiculară: dacă se descoperă anomalii anatomice la examenul fizic, de exemplu varicocel.

Scanned with OKEN Scanner

## SUGESTII

- Ori de câte ori este posibil adoptați o abordare optimistă. Un număr mare de cupluri concep cu succes imediat ce sunt inițiate investigațiile preliminare!
- Nu treceți cu vederea posibilitățile de promovare a sănătății: în special, statusul rubeolic sau sfaturi despre administrarea acidului folic la femeie.
- Trebuie să tratați cuplul, nu bărbatul și femeia separat. Managementul infertilității necesită multă cooperare și motivație.
- În asistența primară, testele hormonale (altele decât nivelul progesteronului) nu sunt necesare dacă menstruația este normală.

- Infertilitatea este foarte rar simptomul inițial al unei patologii grave. Cu toate acestea, în anumite circumstanțe este foarte important să se acționeze prompt în ceea ce privește investigațiile sau trimiterea la medicul specialist:
- La femeie:
  - are vârsta > 35 de ani;
  - prezintă amenoree;
  - are antecedente personale de intervenție chirurgicală pelviană sau BPI;
  - la examenul pelvian se descoperă o anomalie.
- Sau la bărbat:
  - are antecedente personale de probleme urogenitale sau BTS;
  - are varicocel.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# LIMFADENOPATIA

## Privire de ansamblu

Limfadenopatia (hipertrofia ganglionară) are multe cauze, dar în general este posibil să se reducă lista acestora doar la câteva tratabile printr-o anamneză și un examen fizic minuțioase. Vârsta, zona geografică (sau istoricul călătoriilor) și distribuția ganglionilor hipertrofiați au o influența considerabilă asupra diagnosticului diferențial.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Infecții locale (de exemplu, IACRS, amigdalită).
- Infecții virale generalizate (de exemplu, mononucleoza infecțioasă, rubeola).
- Neoplasm: metastaze secundare.
- Afecțiuni maligne ale leucocitelor: limfom, leucemie, mielom.
- Septicemie.

OCAZIONALE

- Sarcoidoză.
- Boala zgârieturii de pisică (în special la copii).
- Rubeolă/rujeolă.
- LES.
- Artrită reumatoidă.
- Infecții tropicale/subtropicale cu transmitere sexuală: limfogranulomatoza venerianã (LGV).

RARE

- Sifilis (primar sau secundar).
- HIV: SIDA și complexul legat de SIDA (ARC).
- Tuberculoză.
- Infecții tropicale: lepră, filariază, tripanosomiază, tularemia.
- Reacții medicamentoase (de exemplu, fenitoină, peniciline, sulfonamide).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Infecție locală* | *Infecție virală generalizată* | *Metastaze* | *Afecțiuni maligne ale leucocitelor* | *Septicemie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Ganglioni dureroși | Da | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Persistent (> 6 luni) | Nu | Nu | Da | Da | Nu |
| Doar ganglioni regionali | Da | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Splenomegalie fermă | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Transpirații nocturne | Nu | Posibil | Posibil | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare dacă limfadenopatia este localizată; HLG cu formulă și VSH/PrCR dacă limfadenopatia este generalizată.
**Posibile:** test Paul-Bunnell, radiografie toracică, analiza serului în faza acută și convalescență, test HIV, biopsia ganglionului limfatic.
**Rareori:** teste sangvine pentru boli autoimune, serologia sifilisului, culturi și examenul produsului de raclare pentru LGV și granulom inghinal, testul Kveim, CT, tehnica imunofluorescenței indirecte pentru *Bartonella hensalae*.

- HLG cu formulă: prezența limfocitelor atipice reflectă o infecție virală acută; multe dintre cauzele enumerate determină creșterea numărului de leucocite și a VSH/PrCR. Hb poate fi scăzută în cancer și boli de țesut conjunctiv; leucocite și frotiu – pentru limfom sau leucemie.
- Testul Paul-Bunnell: pentru confirmarea mononucleozei infecțioase.
- Radiografia toracică: pentru carcinom, TBC, limfom, sarcoidoză și sursa septicemiei.
- Serologie: analiza serului în faza acută și convalescență poate confirma o infecție virală specifică.
- Testul Kveim: pentru sarcoidoză.
- CT abdominal și toracic: pentru detectarea hipertrofiei ganglionare pelviene, para-aortice, mezenterice, hilare sau paratraheale (de exemplu, în limfom).
- Screening pentru afecțiuni autoimune: pentru diagnosticul bolilor de țesut conjunctiv.
- Culturi/examenul produsului de raclare: pentru LGV și granulom inghinal
- Tehnica imunofluorescenței indirecte pentru *Bartonella hensalae*: acesta este agentul etiologic al bolii zgârieturii de pisică.
- Biopsia ganglionară: poate fi utilă pentru diagnosticul definitiv.

### SUGESTII

- La copil se pot palpa adeseori în mod normal ganglionii limfatici cervicali; pot fi hipertrofiați în IACRS, copilul fiind adus la MF de părinții care se tem de o afecțiune gravă.
- Nu uitați geografia: un adult tânăr din Europa cu ganglioni cervicali persistenți are cel mai probabil o infecție cu virusul Epstein-Barr (EBV), pe când la un tânăr african, diagnosticul cel mai probabil este tuberculoza, iar hipertrofia ganglionilor inghinali la acesta din urmă este cauzată de LGV sau granulomul inghinal.

Scanned with OKEN Scanner

- În general, pacienții acordă o importanță mare hipertrofiei ganglionare. Trebuie să le explicați că limfadenopatia reprezintă de obicei o reacție normală a sistemului de apărare imunitar împotriva unei infecții și nu are nevoie de atenția medicului dacă nu există caracteristici neobișnuite.

- Limfadenopatia cervicală neexplicată și persistentă la un adult de vârstă mijlocie sau vârstnic necesită consult ORL pentru a exclude un cancer nazo-faringian.
- Un ganglion supraclavicular stâng hipertrofiat (ganglionul Troisier) la un pacient care a scăzut în greutate sugerează un cancer gastrointestinal.
- Limfadenopatia persistentă generalizată la un pacient tânăr care prezintă transpirații și scădere în greutate sugerează mononucleoza infecțioasă, limfomul sau SIDA.
- Un ganglion nedureros, cu creștere lentă în dimensiuni, situate într-o zonă neobișnuită este probabil malign.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MERSUL ANORMAL LA ADULT

## Privire de ansamblu

Foarte puțini pacienți se prezintă la MF din cauza tulburărilor de mers. Mai frecvent, sunt observate de MF, în timp ce acuza pacientului este, de obicei, o manifestare a mersului (de exemplu, instabilitatea în boala Parkinson) sau a cauzelor acestuia (de exemplu, durerea în artrită). Cauzele congenitale nu sunt tratate aici, căci este mai puțin probabil ca pacientii să prezinte astfel de probleme MF.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Traumatism (spate sau membru inferior).
- Artroză sau altă problemă articulară dureroasă.
- Ataxie vestibulară (labirintită acută, boala Ménière, AVC).
- Boala Parkinson.
- Claudicație intermitentă (CI).

OCAZIONALE

- Picior „în picătură" (atrofia nervului peronier).
- Scleroza multiplă.
- Durere în teritoriul rădăcinii nervului spinal (în special L5 sau S1).
- Leziunile cozii de cal.
- Miastenia gravis.

RARE

- Tabes dorsalis (sifilis).
- Distrofia miotonică.
- Boala de neuron motor.
- Ataxia cerebelară.
- Isteria.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Artroză/alte* | *Ataxie vestibulară* | *Boala Parkinson* | *CI* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Da | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Șchiopătat unilateral dureros | Da | Da | Nu | Nu | Da |
| Se agravează la efort | Da | Da | Nu | Nu | Da |
| Mers târșâit | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Mers clătinat | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

Cele mai multe cazuri care necesită investigații trebuie trimise la medicul specialist. Rolul MF în evaluarea acestor pacienți este, de aceea, foarte limitat.

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.

**Posibile:** radiografie, HLG cu formulă, VSH/PrCR, factor reumatoid, acid uric.

**Rareori:** examene imagistice, puncție lombară, angiografie.

- HLG-completă, VSH/PrCR, factor reumatoid, acid uric: unele forme de artrită pot conduce la anemie caracteristică bolilor cronice. De asemenea, VSH/PrCR pot fi crescute. În funcție de pattern-ul durerii artritice, FR și acidul uric sunt utile pentru diagnosticul artritei reumatoide și al gutei.
- Radiografia este utilă în traumatismul osos. Are valoare scăzută în artroză, fiind utilă doar pentru excluderea altor patologii osoase.
- Serologia sifilisului: dacă se suspectează tabes dorsalis.
- Dacă sunt prezente semne neurologice de necoordonare, se pot recomanda (de către medical specialist) CT/RMN și puncție lombară.
- Angiografia: recomandată de medicul chirurg vascular dacă este vorba de claudicație intermitentă.

### SUGESTII

- Priviți pacientul cum merge – altfel riscați să nu obsevați indicii utile pentru diagnostic.
- Dacă pacientul acuză probleme la mersul pe jos, evaluați cu atenție simptomele – în particular, oferiți-i pacientului posibilitatea să vă demonstreze problema mergând pe coridor.
- Atunci când etiologia nu este evidentă din anamneză, faceți un examen neurologic atent – aceasta este o situație în care pot exista semne importante care contribuie în mod semnificativ la diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

- De obicei, labirintita se instalează în câteva zile. Dacă pacientul rămâne ataxic, în special cu nistagmus persistent, se ia în considerare o leziune centrală pentru care pacientul se trimite de urgență la medicul specialist.
- Parestezii în ambele membre inferioare (model „în șa") asociate cu durere lombară și incontinență urinară sugerează o leziune la nivelul cozii de cal – se recomandă internarea de urgență a pacientului.
- Dacă pacientul este ataxic și are antecedente de semne neurologice, cum ar fi parestezii sau nevrită de nerv optic, se ia în considerare scleroza multiplă.
- Nu vă grăbiți să etichetați pacientul ca fiind isteric – un mers aparent bizar poate fi semnul unei patologii neurologice semnificative.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PARESTEZIILE

## Privire de ansamblu

Parestezиile sunt definite ca furnicături, înțepături, amorțeli și senzația de rece sau cald. Pot apărea spontan sau ca rezultat al atingerii zonei cutanate implicate. Adesea, pacienții sunt speriați, făcând o asociere imediată cu o afecțiune gravă. Diagnosticul diferențial este extins, dar cele mai multe cazuri implică anxietatea, compresia nervoasă sau o boală cerebrovasculară.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Stare de anxietate cu hiperventilație.
- Sindromul de tunel carpian (TC).
- Sciatica.
- Neuropatia diabetică.
- Spondiloza cervicală.

OCAZIONALE

- Scleroza multiplă și mielita dorsală.
- Polineuropatia periferică (în special, alcoolul; de asemenea, este cauzată de deficiența de vitamină $B_{12}$ sau acid folic, iatrogen, afecțiuni metabolice, de țesut conjunctiv, neoplasme și cauze mai rare, cum este sindromul Guillain-Barré sau lepra).
- Accidentul vascular cerebral sau AIT.
- Traumatism/compresie a unui nerv periferic sau a măduvei spinării.
- Migrenă cu semne neurologice focale.

RARE

- Tumoră intramedulară.
- Siringomielia.
- Traumatism, tumoră cerebrală sau epilepsie care afectează cortexul senzorial.
- Isteria.
- Cauze vasculare: boală cardiacă ischemică, boală vasculară periferică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Anxietate cu hiperventilație* | *Sindromul de tunel carpian* | *Sciatică* | *Neuropatia diabetică* | *Spondiloza cervicală* |
|---|---|---|---|---|---|
| Amețeli asociate | Da | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Episodic | Da | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Durere asociată | Nu | Da | Da | Posibil | Da |
| Se agravează noaptea | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Stare de slăbiciune asociată | Nu | Da | Da | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, glicemie.
**Posibile:** HLG cu formulă, TFH, γ-GT, uree și electroliți, calciu seric, vitamina $B_{12}$ și acidul folic, TFT, studii de conducere nervoasă.
**Rareori:** screening pentru boli autoimune, radiografie de coloană cervicală, investigații recomandate de medicul specialist (RMN/CT, puncție lombară, studii de imagistică carotidiană, angiografie, mielografie).

- Sumar de urină: pentru glicozurie în cazul unui diabet zaharat nediagnosticat.
- Glicemie: pentru a confirma diabetul zaharat.
- HLG cu formulă: macrocitoză în consumul excesiv de alcool sau deficiența de vitamină $B_{12}$/acid folic; anemie în bolile cronice sau neoplasme.
- TFH și γ-GT dacă se suspicionează neuropatie diabetic.
- Screening metabolic: include uree și electroliți, calciu, TFH, vitamina $B_{12}$ și acid folic.
- TFT: hipotiroidismul poate produce o polineuropatie sau poate precipita sindromul de tunel carpian.
- Screening pentru boli autoimune: pentru diagnosticul bolilor de țesut conjunctiv.
- Studii de conducere nervoasă: pentru a confirma diagnosticul de compresie nervoasă înainte de tratamentul chirurgical.
- Radiografie de coloană cervicală: confirmă diagnosticul clinic de spondiloză cervicală, dar nu este chiar atât de utilă ca rezultatele pozitive obișnuite, nu se corelează foarte bine cu simptomele și este puțin probabil ca această investigație să modifice tratamentul.
- Investigațiile recomandate de medicul specialist pot include: puncție lombară (SM, sindromul Guillain-Barré), teste imagistice carotidiene (AIT), CT sau RMN (patologie spinală sau compresie, SM, tumoră cerebrală, siringomielie), angiografie (cauze vasculare), mielografie (compresia măduvei spinării).

### SUGESTII

- Parestezиile periorale intermitente sunt patognomonice pentru hiperventilație.
- Abordați logic problema: o anamneză minuțioasă va facilita adesea diagnosticul. De exemplu, o zonă bine delimitată într-o distribuție anatomică explicabilă – nerv periferic strangulat sau blocat; zonă mai extinsă, la un singur membru – compresia rădăcinii nervoase; o jumătate de

Scanned with OKEN Scanner

corp – leziune cerebrală; mâini și picioare – neuropatie periferică; doar picioarele – leziune a măduvei spinării.

- Slăbiciune la nivelul eminenței tenare sugerează sindrom sever de tunel carpian, care necesită decompresie.
- Pacientele care iau anticoncepționale orale și care prezintă migrenă cu simptome focale trebuie să folosească alte metode de contracepție.

- Simptomele care se instalează brusc și progresează, prezente la ambele membre inferioare, asociate cu tulburări sfincteriene, sugerează compresia măduvei spinării; pacientul trebuie internat imediat.
- Parestezиile intermitente, cu distribuție variabilă – în special asociate cu alte manifestări, cum ar fi vertijul sau nevrita optică – sugerează SM.
- Pacienții cu AIT care au un scor „ABCD2" ≥ 4 trebuie consultați în maxim 24 de ore de un medic specialist; cei cu un scor mai mic trebuie consultați în maxim 7 zile.
- În isterie, marginile zonei cu pierdere a sensibilității sunt adesea brusc delimitate și nu corespund unui tipar anatomic.
- Parestezиile constante, progresive, în special asociate cu alte simptome sau semne neurologice, sugerează o afecțiune gravă. Pacientul trebuie trimis de urgență la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PIERDEREA EPISODICĂ A STĂRII DE CONȘTIENȚĂ

## Privire de ansamblu

Definițiile alternative pentru acest simptom sunt „leșinul" și „sincopa". La fel ca sindromul vertebral sincopal, această terminologie poate fi neclară și poate produce confuzii. Poate apărea la orice grupă de vârstă, deși este mai frecventă la pacienții vârstnici. Este o experiență înfricoșătoare și necesită examinare și investigații amănunțite, precum și internare de urgență.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Atacuri vasovagale.
- Aritmie paroxistică.
- Epilepsie (diferite forme).
- Hipoglicemie.
- Atac ischemic tranzitor (AIT).

OCAZIONALE
- Stenoză aortică.
- Infarct miocardic silențios.
- Durere intensă.
- Sincopa de situație: tuse, micțiune.
- Apneea în somn.

RARE
- Narcolepsie.
- Crize Adams-Stokes.
- Sincopa de sinus carotidian.
- Isteria și hiperventilația.
- Hemoragia internă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Atac vasovagal* | *Aritmie* | *Epilepsie* | *Hipoglicemie* | *AIT* |
|---|---|---|---|---|---|
| Simptome prodromale | Da | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Transpirații | Da | Nu | Nu | Da | Nu |
| Factori declanșatori | Da | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Recuperare lentă | Nu | Nu | Da | Da | Posibil |
| Simptome/semne neurologice focale | Nu | Posibil | Posibil | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG; dacă se suspicionează epilepsia: EEG și CT.
**Posibile:** glicemie, ECG, ECG pe 24 de ore.
**Rareori:** ecocardiografie, teste imagistice carotidiene.

- Determinarea glicemiei: ajută la diagnosticul hipoglicemiei.
- HLG: anemia exacerbează orice formă de sincopă sau AIT.
- ECG standard: evidențiază semne de ischemie și bloc cardiac; ECG-ul pe 24 de ore este mai util pentru diagnosticul definitiv al aritmiei.
- EEG și CT: sunt de ajutor dacă se suspicionează o epilepsie nedepistată anterior.
- Ecocardiografia: dacă se suspicionează clinic o stenoză aortică.
- Teste imagistice carotidiane: sunt utile pentru depistarea unei posibile stenoze carotidiene în cazul unor AIT recidivante. Diagnosticul diferențial este mult mai complex, incluzând de exemplu, aritmiile și AIT.

### SUGESTII

- Anamneza minuțioasă este cheia diagnosticului; dacă nu o puteți obține de la pacient, căutați un martor ocular al evenimentului.
- La pacienții tineri, este posibil ca diagnosticul să varieze între o criză vasovagală și o convulsie; la adulții de vârstă mijlocie și vârstnici, diagnosticul diferențial este mult mai complex, putând include, de exemplu, aritmiile sau AIT.
- Pierderea episodică a stării de conștiență este un simptom care trebuie investigat atent. Un diagnostic corect are implicații nu numai asupra sănătății pacientului, dar și asupra profesiei și capacității lui de a conduce un automobil, de exemplu.
- Nu uitați că în cazul unei crize vasovagale, pacienții care rămân în poziție verticală (în șezut, într-o mulțime) pot prezenta mișcări tonico-clonice care mimează o criză epileptică.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă pacientul își pierde starea de conștiență brusc, apoi prezintă înroșire marcată a feței pe perioada de recuperare, poate fi vorba de o criză Adams-Stokes, care poate fi fatală, deci diagnosticul timpuriu este important.
- Dacă descoperiți un suflu aortic stenotic, pacientul trebuie internat urgent deoarece stenoza aortică gravă poate cauza moarte subită.
- La vârstnici, debutul brusc al unei sincope poate fi semnul caracteristic pentru un IM, adesea fără ca pacientul să se plângă de o durere toracică.
- Sincopa poate fi primul semn al unei hemoragii interne grave (de exemplu, gastrointestinală sau anevrism de aortă).

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PRURITUL

## Privire de ansamblu

Pruritul este cel mai frecvent simptom dermatologic pentru care se solicită consult medical. Este un simptom supărător și interferează cu calitatea vieții pacientului – de exemplu, prin perturbarea somnului. De aceea, trebuie tratat foarte serios. În majoritatea cazurilor, diagnosticul poate fi pus doar cu ajutorul unei anamneze atente. Celelalte cazuri necesită un examen fizic și investigații minuțioase. Trimiterea la medicul dermatolog se face doar ca ultimă soluție pentru punerea diagnosticului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Alergie de contact (dermatită de contact).
- Scabie (și alte pediculoze).
- Eczema atopică.
- Pitiriazis rosea.
- Psoriazis.

OCAZIONALE

- Urticarie (de exemplu, alergie la alimente sau medicamente).
- Icter de orice cauză.
- Anemie prin deficiență de fier.
- Endocrinologic: diabet zaharat, hipo- sau hipertiroidism.
- Insuficiență renală (uremie).
- Lichen plan.
- Miliaria eritematoasă.

RARE

- Pemfigoid gestațional (numit în trecut herpes gestațional).
- Dermatită herpetiformă.
- Psihogen (include dermatita artefacta).
- Leucemie și afecțiuni mieloproliferative.
- Prurit simplu: nu se găsește cauza.
- Efect secundar al medicamentelor (cu sau fără erupție).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Alergie de contact* | *Scabie* | *Eczemă atopică* | *Pitiriazis rosea* | *Psoriazis* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric de expunere la substanțe chimice | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Prurit generalizat | Posibil | Da | Posibil | Da | Nu |
| Se agravează noaptea | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |
| În special pe zonele de flexie | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| În special pe zonele de extensie | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** sumar de urină, glicemie, HLG cu formulă, VSH, uree și electroliți, TFH, TFT.
**Rareori:** nu sunt necesare investigații.

- Examen de urină: glicozurie (în caz de hiperglicemie).
- HLG cu formulă: poate evidenția anemie prin deficit de fier sau policitemie; eozinofilie în cazul unei afecțiuni alergice; numărul de leucocite poate fi extrem de crescut în leucemie; VSH este crescut în limfom.
- Uree și electroliți: pentru diagnosticul de uremie.
- TFH: anomalii ale enzimelor hepatice și hiperbilirubinemie în boli hepatice.
- TFT: atât în hipotiroidism, cât și în hipertiroidism pot apărea modificări cutanate cu prurit.

### SUGESTII

- O erupție pruriginoasă care se agravează noaptea este probabil determinată de scabie, în special dacă apare și la contacții apropiați.
- Avertizați pacientul că tratamentul scabiei poate dura una până la două săptămâni până la vindecare – altfel, pacientul aplică tratamentul în mod repetat, cauzând o iritație chimică și confuzii de tratament.
- În tratatele de medicină se susține că psoriazisul nu produce prurit – dar sigur acesta poate apărea în unele cazuri, așa că nu excludeți această afecțiune.
- De obicei, este dificil să se identifice alergenul în cazul unui singur episod de urticarie. Spuneți pacientului să noteze alimentele și medicamentele pe care le ia, astfel încât, în cazul unei recidive, agentul cauzator să poată fi identificat.

Scanned with OKEN Scanner

- Atunci când cauza nu este evidentă, examinați întotdeauna abdomenul și ganglionii limfatici: astfel, nu ratați limfadenopatia sau hipertrofia hepatică, splenică sau renală.
- Nu ezitați să examinați un pacient cu prurit, urât mirositor, a cărui stare de igienă este precară: aceasta poate masca o altă cauză identificabilă subiacentă.
- Fiți foarte atent în ceea ce privește o eczema aparent floridă, apărută pentru prima dată la o persoană în vârstă: poate fi manifestarea unei afecțiuni grave.
- Nu omiteți cauzele iatrogene: întrebați pacientul ce medicamente a luat de curând.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PUBERTATEA ÎNTÂRZIATĂ

## Privire de ansamblu

Pubertatea întârziată se caracterizează prin întârzierea dezvoltării tuturor caracteristicilor sexuale secundare. La fete se manifestă prin menarhă întârziată (menstruația nu se instalează înainte de împlinirea vârstei de 16 ani) sau prin neapariția altor caracteristici sexuale secundare înaintea vârstei de 14 ani. La băieți, vârsta de raportare este 15 ani. Este un simptom relativ rar întâlnit de prezentare la MF.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Constituțional (50% dintre cazuri – la băieți, 16% dintre cazuri – la fete).
- Hipertiroidism.
- Sindrom Turner.
- Anorexia nervoasă (1% dintre fetele din țarile occidentale).
- Deficiența hormonului de eliberare a gonadotropinei hipotalamice (GnRH) (de exemplu, sindromul Noonan și sindromul Kallman).

OCAZIONALE

- Leziuni hipotalamo-hipofizare ocupatoare de spațiu (diferite tipuri).
- Boli cronice (de exemplu, diabet zaharat, fibroză chistică, boală celiacă).
- Hiperprolactinemia.
- Boli suprarenaliene: hiperplazia suprarenală congenitală și boala Cushing.
- Medicamente, de exemplu, tiroxină, chimioterapice (ambele sexe); androgeni, steroizi anabolizanți (doar la femei).
- Radioterapie.
- Deficiența hormonului de creștere.

RARE

- Alte probleme ovariene (de exemplu, disgenezie pură, boli autoimune).
- Hipotiroidism în boli autoimune (altfel asociat cu pubertate timpurie).
- Disgenezie gonadală pură.
- Testicul necoborât (rar în prezent: de obicei, se detectează timpuriu).
- Traumatism, infecție sau boală granulomatoasă a hipotalamusului/hipofizei.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Constituțional* | *Hipertiroidism* | *Sindrom Turner* | *Anorexie* | *Deficiența de GnRH* |
|---|---|---|---|---|---|
| Statură mică | Posibil | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Anosmie | Nu | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Fără alte acuze | Da | Posibil | Posibil | Nu | Da |
| Alte semne fizice | Nu | Posibil | Da | Posibil | Nu |
| Antecedente heredo-colaterale | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Nu |

## Investigații de laborator

Cazurile care necesită investigații trebuie trimise la medicul specialist pediatru sau endocrinolog. Așadar, rolul MF este limitat. Doar câteva teste de bază ar putea fi efectuate în asistența medicală primară în cazurile probabil constituționale, în principal pentru a exclude o boală subiacentă și pentru a „liniști" pacientul, părinții și medicul (de exemplu, sumar de urină, HLG, uree și electroliți, TFT). Investigațiile mai complexe, efectuate în spital, pot include: CT (tumori), ecografie pelviană (pentru examinarea ovarelor și evaluarea organelor genitale care nu se pot palpa), analiza cromozomilor și diverse teste endocrinologice.

### SUGESTII

- Pubertatea întârziată produce îngrijorare părinților și suferință copilului, care poate fi tachinat sau hărțuit de către colegii lor adolescenți. Luați în serios preocupările lor de la început.
- Nu uitați să întrebați despre antecedentele heredo-colaterale: adesea, pubertatea întârziată constituțională este ereditară.
- Majoritatea copiilor aduși la MF cu „pubertate întârziată" sunt de fapt normali, părinții lor nerecunoscând caracteristicile sexuale secundare sau necunoscând intervalul de vârstă normal pentru dezvoltarea pubertară.
- Trebuie să faceți diferența între pubertatea întârziată și amenoreea primară cu dezvoltare pubertară altfel normală. Amenoreea primară are cauze diferite (de exemplu, atrezia vaginală, defect de inițiere a ciclului menstrual și, foarte rar, testicului feminizant).

- Deși reprezintă 50% dintre cazurile de sex masculin, nu puneți diagnosticul de pubertate întârziată la un băiat în prezența unui penis foarte mic sau a anosmiei – în aceste situații, este mai probabilă o afecțiune subiacentă.
- Peste 80% dintre cazurile de pubertate întârziată la fete au o cauză patologică, deci acestea trebuie investigate minuțios.
- Statura mică, starea general de rău și semne sau simptome de hipotiroidism sugerează o afecțiune hipotalamică și/sau hipofizară subiacentă

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SCĂDEREA ANORMALĂ ÎN GREUTATE

## Privire de ansamblu

Semnificația scăderii în greutate nu trebuie subestimată: în aproximativ o treime dintre cazuri nu se descoperă o cauză specifică, dar în celelalte două treimi, cauza este o afecțiune gravă. Foarte puține dintre acestea sunt psihice; 90% au o cauză organică. De aceea, evaluarea minuțioasă este obligatorie.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Evenimente stresante „normale" fără boli psihice (de exemplu, schimbarea locului de muncă, divorț, concediere, decesul unei personae apropiate, presiunea unor examene).
- Depresie.
- Tulburări de alimentație: anorexie nervoasă și bulimie.
- Hipertiroidism: tireotoxicoză și iatrogenic (tratament de substituție tiroidiană în exces).
- Afecțiuni maligne (oriunde în organism).

OCAZIONALE

- Orice afecțiune în stadiu terminal (de exemplu, cancer, boală de neuron motor).
- Abuz de substanțe (alcool, opiacee, amfetamine, laxative).
- Insuficiență de organ: cardiacă, renală, hepatică.
- Diabet zaharat nediagnosticat.
- Boli gastrointestinale (de exemplu, ulcer peptic, boală inflamatorie intestinală, boală celiacă, parazitoze).

RARE

- Orice infecție cronică (în special tuberculoză).
- Endocrine: boala Addison, feocromocitom.
- SIDA.
- Malnutriție (rară în țările dezvoltate, comună în celelalte țări).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Stres „normal"* | *Depresie* | *Tulburări de alimentație* | *Hipertiroidism* | *Afecțiuni maligne* |
|---|---|---|---|---|---|
| Anxietate ușoară | Da | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Pierderea apetitului | Posibil | Da | Nu | Nu | Da |
| Imagine distorsionată asupra propriului corp | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Problemă recidivantă | Da | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Stare generală alterată | Nu | Da | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFT, uree și electroliți, TFH, radiografie toracică.
**Posibile:** screening pentru boli autoimune, test HIV, alte investigații bazale efectuate în spital.
**Rareori:** nu sunt necesare alte investigații.

- Sumar de urină: pentru un posibil diabet nediagnosticat; proteinuria în insuficiența renală.
- HLG cu formulă și VSH/PrCR: Hb poate fi scăzută și VSH/PrCR crescute în afecțiuni maligne și în orice boală cronică.
- Uree și electroliți: valori anormale în insuficiența renală și uneori în tulburările de alimentatie; hiponatremie, hiperkaliemie și uree crescută în boala Addison.
- TFT: pentru hipertiroidism.
- TFH: pentru alcoolism și boli hepatice.
- Screening pentru boli autoimune: sunt de ajutor în bolile de țesut conjunctiv.
- Testul HIV: dacă se suspicionează SIDA.
- Radiografia toracică: poate evidenția carcinomul, TBC, limfadenopatia sau insuficiența cardiacă.
- Alte investigații (efectuate de obicei în spital) – se efectuează în funcție de simptomele asociate scăderii în greutate și de rezultatele analizelor preliminare.

### SUGESTII

- Scăderea în greutate trebuie tratată cu seriozitate, dar evaluarea poate fi complexă și consumatoare de timp. Dacă este menționată „printre altele" la sfârșitul unei consultații pentru alt motiv, abordarea normală constă în recomandarea efectuării testelor sangvine bazale și a sumarului de urină, și stabilirea următoarei întâlniri, cu rezultatele analizelor, pentru o evaluare completă.
- Trebuie stabilit dacă pacientul a mai prezentat episoade de pierdere în greutate și în trecut. De exemplu, pacientul poate indica faptul că scade mereu în greutate în perioadele de stres (acest lucru se poate observa și din fișa medicală).
- Verificați dacă pacientul chiar a slăbit. Anamneza poate să nu fie foarte clară, dar de obicei există notată greutatea la vizitele anterioare (de exemplu, controlul unui pacient nou).
- Uitați-vă la pacient. Un pacient evident cașectic suferă de o afecțiune gravă și necesită evaluare urgentă și atentă.

Scanned with OKEN Scanner

- Scăderea rapidă în greutate asociată cu stare generală alterată și simptome respiratorii sau gastrointestinale sugerează clar o cauză fizică.
- În cazul unei femei tinere, gândiți-vă la o tulburare de alimentație: observați dacă prezintă eroziuni pe suprafața palatinală a dinților maxilari – este semn de vărsături recurente.
- Scăderea greutății la un copil este cauzată de o afecțiune organică gravă sau de abuzul emoțional. Observați în timpul examenului fizic dacă are semne de leziuni neaccidentale.
- Depresia asociată cu scăderea în greutate este o problemă dificilă; poate fi cauza primară sau schimbarea stării de dispoziție poate fi secundară unor afecțiuni organice. Oricum, nu omiteți depresia gravă ca etiologie când recomandați investigațiile pentru pacient; puteți să administrați antidepresive în timp ce continuați să excludeți o cauză fizică, atât timp cât puteți explica strategia pacientului.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SENZAȚIA DE SETE EXCESIVĂ

## Privire de ansamblu

Senzația reală de sete este asociată întotdeauna cu polidipsie și uneori cu poliurie. Pacientul poate spune că „are gura uscată" – un simptom frecvent întâlnit în practica medicală generală și care este prezentat, de asemenea, în acest capitol.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Aport inadecvat de lichide – vărsături, debilitate generală.
- Pierderi excesive de lichide; de exemplu, tratament diuretic, diaree, boli febrile.
- Medicamente care au ca efect secundar uscarea mucoasei orale (antidepresive triciclice, IMAO, hioscină).
- Anxietate (gură uscată).
- Diabet zaharat.

OCAZIONALE

- Insuficiență renală cronică.
- Sindrom Sjögren (gură uscată).
- Orice formă de obstrucție nazală (produc uscarea mucoasei orale).
- Postparotidectomie sau radioterapie a capului/gâtului (gură uscată).

RARE

- Polidipsia psihogenă ca parte a unei boli psihice.
- Diabet insipid neurogen.
- Diabet insipid nefrogen – hipokaliemie, hipercalcemie, medicamente, siclemie, pielonefrită cronică timpurie.
- Pierdere de lichide în cavitățile seroase (de exemplu, peritonită acută).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Aport inadecvat de lichide* | *Pierderi excesive de lichide* | *Medicamente* | *Anxietate* | *Diabet zaharat* |
|---|---|---|---|---|---|
| Poliurie | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Aport adecvat de lichide | Nu | Posibil | Da | Da | Da |
| Stare generală alterată | Posibil | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Semne de deshidratare | Da | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Mai degrabă senzație de gură uscată decât sete | Posibil | Posibil | Da | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare** *(cel mai probabil recomandate de MF)*: sumar de urină, HLG cu formulă, glicemie, uree și electroliți, calciu seric.
**Posibile** *(cel mai probabil recomandate de medicul specialist)*: nivelul PTH-ului și al ADH-ului, testul deprivării la apă, CT/RMN.
**Rareori:** ecografie, biopsie renală.

- Stick-test al urinei: pentru glucoză și cetone în diabetul zaharat; densitate pentru evaluarea deshidratării – scăzută în diabetul insipid.
- HLG cu formulă: hematocritul este util în evaluarea deshidratării; numărul de leucocite crește în infecțiile grave; anemie normocromă în insuficiența renală.
- Glicemie à jeun: pentru confirmarea diabetului zaharat (în urgență – benzi de testare).
- Uree și electroliți, osmolaritate plasmatică: pentru evaluarea funcției renale, a nivelului hidratării și a tulburărilor electrolitice.
- Calciul seric: nivel crescut în hipercalcemie.
- PTH: nivelul PTH crește în hiperparatiroidism.
- Testul deprivării la apă, CT/RMN: pentru investigarea unui posibil diabet insipid neurogen.
- Ecografie și biopsie renală: pentru investigarea insuficienței renale cronice.

### SUGESTII

- Pacienții care prezintă senzație de sete asociază simptomul cu diabetul zaharat – investigați pacientul pentru a exclude această afecțiune.
- Încercați să deosebiți setea de gura uscată. Deși uneori se suprapun, multe dintre cauze sunt diferite.
- Senzația de gură uscată în timpul nopții și dimineața poate fi cauzată de respirația pe gură secundară obstrucției nazale – adesea, o etiologie trecută cu vederea.

Scanned with OKEN Scanner

- Pacienții vârstnici cu diabet zaharat la debut pot acuza mai degrabă senzație de gură uscată decât sete.
- Într-o situație neacută, gândiți-vă la alte cauze dacă diabetul zaharat a fost exclus și simptomul este intens și a apărut recent – există și alte cauze posibile mai rare.
- Setea semnificativă la un pacient în stadiu terminal este cauzată de hipercalcemie.
- Setea intensă la un pacient cu stare generală modificată acut nu este întotdeauna cauzată de deshidratare – poate fi vorba de un diabet zaharat cu debut acut.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# STAREA DE OBOSEALĂ

## Privire de ansamblu

Senzația de oboseală este un simptom extrem de frecvent întâlnit în practica medicală. În aproximativ 85% dintre consultațiile inițiale, MF poate pune diagnosticul până la terminarea consultației. Deși majoritatea se dovedesc a avea o cauză neorganică, nu trebuie ignorate bolile fizice importante. O abordare structurată a problemei va duce la un diagnostic corect.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Boală depresivă.
- Stres (suprasolicitare, copii mici, plictiseală).
- Anemie.
- Oboseală postvirozăacută.
- Hipotiroidism.

OCAZIONALE
- Orice cauză de insomnie (vezi pag. 93).
- Sindromul de oboseală cronică post-virozăă.
- Insuficiență organică (inimă, ficat, rinichi).
- Hipertiroidism.
- Abuz de substanțe.
- Tratament medicamentos (beta-blocante, diuretice).

RARE
- Afecțiune malignă.
- Infecție cronică (de exemplu, tuberculoză).
- Afecțiuni neurologice cronice (miastenia gravis, SM, boală de neuron motor).
- Alte afecțiuni endocrine (diabet zaharat, boala Addison).
- Boli de țesut conjunctiv [AR, polimialgia reumatică (PMR), LES].
- Intoxicație cu monoxid de carbon.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Depresie* | *Stres* | *Anemie* | *Postviroză* | *Hipotiroidism* |
|---|---|---|---|---|---|
| Variații diurne | Da | Posibil | Nu | Nu | Nu |
| Evenimentul de viață declanșator | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Îmbolnăvire recentă | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |
| Paloarea mucoaselor și a patului unghial./ | Nu | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Tegumente reci și uscate | Nu | Nu | Posibil | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă.
**Posibile:** VSH/PrCR, uree și electroliți, TFH.
**Rareori:** radiografie toracică, screening pentru boli autoimune.

- Sumar de urină: pentru diabet și boli renale.
- HLG cu formulă: anemie, infecții și abuz de alcool.
- VSH/PrCR: crescute într-o serie de cauze; nu sunt diagnostice, dar sugerează o posibilă cauză fizică subiacentă.
- Uree și electroliți: valori modificate în insuficiența renală și boala Addison.
- TFH: pentru bolile hepatice (cancer, abuz de alcool și hepatită).
- Screening pentru boli autoimune: pentru bolile de țesut conjunctiv.
- Radiografie toracică: pentru cancer, insuficiență cardiacă și tuberculoză.

### SUGESTII

- Este puțin probabil ca starea de oboseală ca simptom de prezentare, neasociată cu alte simptome – în particular scădere sau câștig în greutate –să aibă o cauză fizică.
- Dacă starea de oboseală este prezentă de mai mult timp, este puțin probabil să descoperiți o cauză remediabilă.
- Mențineți contact vizual cu pacientul și strângeți-i mâna – prima impresie pe care v-o formați, dacă pacientul este sau nu efectiv bolnav, este posibil să fie corectă.
- Dacă suspectați o depresie, întrebați direct despre simptomele relevante – nu trebuie „să excludeți" o afecțiune fizică înainte de a face un diagnostic prezumtiv de acest tip.
- Investigațiile recomandate sunt adesea mai mult terapeutice decât diagnostice.
- Interesați-vă despre starea de sănătate a altor membri ai familiei care locuiesc în aceeași casă. Intoxicația cu CO îi poate afecta și pe aceștia.

Scanned with OKEN Scanner

- Fiți foarte atent la starea de oboseală asociată cu scăderea în greutate – această combinație sugerează o afecțiune malignă sau hipertiroidism.
- Puteți omite diagnosticul de depresie dacă sunteți evaziv în anchetă sau acceptați refuzul pacientului.
- Nu ratați semnele evidente atunci când boala fizică pare o posibilitate reală – verificați pulsul, mucoasele pentru paloare, ganglionii limfatici, toracele și abdomenul.
- Luați în considerare o cauză rară dacă simptomele progresează și starea generală a pacientului se modifică.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# STAREA DE TENSIUNE ȘI ANXIETATE

## Privire de ansamblu

Pacienții care acuză o stare de tensiune și anxietate pot induce sentimente similare MF – pentru că există numeroase cauze subiacente, poate fi nevoie de o consultație mai lungă; cel mai bine este ca pacientul să vină la MF în momentul „crizei". O abordare calmă, metodică și, eventual, mai multe consultații sunt de ajutor în stabilirea diagnosticului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Evenimente din viața pacientului (pacientul poate avea „personalitate anxioasă").
- Tensiune premenstruală (TPM).
- Tulburări de anxietate generalizată (TAG).
- Tulburare de panică.
- Depresie.

OCAZIONALE

- Tulburare obsesiv-compulsivă.
- Fobie.
- Efecte secundare ale unor medicamente (de exemplu, în stadiul timpuriu al tratamentului cu ISRS).
- Hipertiroidism.
- Utilizarea sau sevrajul la droguri/alcool.
- Tulburare de somatizare.
- Tulburare de stres posttraumatic.

RARE

- Psihoze.
- Orice cauză de palpitații (pot fi interpretate greșit de către pacient sau anturaj ca anxietate).
- Afecțiuni cerebrale organice (de exemplu, tumori).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Evenimente din viața pacientului* | *TPM* | *TAG* | *Tulburare de panică* | *Depresie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Eveniment declanșator clar | Da | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Legat de ciclul menstrual la femei | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Stare de dispoziție afectată persistent | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Senzație de tensiune de scurtă durată | Posibil | Posibil | Nu | Da | Posibil |
| Tulburări de somn | Da | Posibil | Posibil | Nu | Da |

## Investigații de laborator

Ar fi foarte neobișnuit ca medicul de familie să solicite investigații în abordarea acestui simptom. Testele funcției tiroidiene sunt indicate în suspiciunea de hipertiroidism, iar testele sangvine, incluzând TFH, în suspiciunea de abuz de alcool. Investigațiile în cazul suspiciunii unei afecțiuni cerebrale organice sunt indicate de medicul specialist.

### SUGESTII

- Este tentant să se eticheteze multe dintre aceste manifestări ca fiind „stare de tensiune" sau „anxietate". Dar este important un diagnostic mai exact, deoarece acest lucru poate modifica în mod semnificativ tratamentul.
- Nu treceți cu vederea istoricul consumului de alcool sau droguri: abuzul sau sevrajul pot fi cauza sau un factor declanșator important.
- Poate fi importantă revederea fișelor vechi ale pacientului pentru a stabili tiparul simptomelor sau îngrijirea medicală acordată, și pentru a verifica răspunsul anterior la tratament.
- Ori de câte ori este posibil, evenimentele din viața bolnavului nu trebuie „medicalizate" – în caz contrar aceasta poate, în viitor, să încurajeze suprasolicitarea serviciilor medicale și dependența de tratament.
- Tensiune premenstruală aparentă poate fi semnul unei afecțiuni subiacente – pacienta poate suferi de tulburare de anxietate generalizată, de exemplu, dar tinde să se concentreze pe faza premenstruală, atunci când simptomele sunt predominante.
- Nu fiți de accord cu autodiagnosticarea „atacurilor de panică" – pacientul poate de fapt să descrie unul dintr-un număr de posibile simptome.

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul în care se dovedește că diagnosticul de bază este depresia, se evaluează orice idei sau intenție de suicid.
- Observați prezența oricărei caracteristici psihotice – uneori, anxietatea poate fi o trăsătură clinică inițială a unei psihoze grave.
- Apariția unei stări de tensiune sau anxietate fără o cauză evidentă – în special în contextul unor modificări de personalitate, al unor semne neurologice sau al unei dureri de cap nou apărută – poate reflecta, rareori, o afecțiune cerebrală organică.
- Este important să se pună un diagnostic, cum ar fi tulburarea de somatizare, atunci când este cazul – în caz contrar, pacientul poate fi nevoit să suporte ani de teste și tratamente inutile.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# STAREA FEBRILĂ PRELUNGITĂ

## Privire de ansamblu

MF consultă în fiecare zi pacienți cu febră – majoritatea cazurilor sunt produse de virusuri și sunt autolimitante. În acest capitol discutăm despre un „scenariu" diferit și mult mai rar întâlnit: temperatură peste valorile normale, care durează trei săptămâni sau mai mult; poate fi continuă sau intermitentă. Are mult mai multe cauze, dar aici am enumerat doar cele mai probabil să fie întâlnite în practica generală.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Mononucleoză infecțioasă.
- Abces (localizat oriunde în organism).
- Pielonefrită cronică (ITU recurentă).
- Carcinom (în special bronșic).
- Artrită reumatoidă.

OCAZIONALE
- Limfom și leucemie.
- Lupus eritematos sistemic, poliarterită nodoasă, polimiozită.
- Boala Crohn și colita ulcerativă.
- Idiosincrazie medicamentoasă.

RARE
- Malarie și alte boli tropicale.
- Boala Lyme.
- Tuberculoză, sifilis.
- Actinomicoză.
- Infecție cu HIV: SIDA.
- Endocardită infecțioasă.
- False.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Mononucleoză infecțioasă* | *Abces* | *ITU* | *Carcinom* | *AR* |
|---|---|---|---|---|---|
| Limfadenopatie generalizată | Posibil | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Limfadenopatie localizată | Posibil | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Polakiurie | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Scădere rapidă în greutate | Posibil | Posibil | Nu | Da | Posibil |
| Tumefacție articulară | Nu | Nu | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFH, uree și electroliți, urocultură.
**Posibile:** testul Paul-Bunnell, radiografie toracică, screening pentru boli autoimune.
**Rareori:** hemoculturi, frotiu sangvin pentru malarie, serologia sifilisului, test HIV și alte teste recomandate de medicul specialist.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFH, uree și electroliți: anemia poate fi observată în diferite afecțiuni (de exemplu, neoplasm, boli de țesut conjunctiv); numărul de leucocite crește în majoritatea afecțiunilor inflamatorii sau infecțioase și, de asemenea, în unele discrazii sangvine. VSH/PrCR crescute sunt nespecifice în multe dintre afecțiunile enumerate.
- Sumar de urină, urocultură: proteinurie, hematurie și dovezi de infecție în pielonefrita cronică.
- Testul Paul-Bunnell: este pozitiv în mononucleoza infecțioasă.
- Radiografia toracică: evidențiază semne de neoplasm (de exemplu, limfom, cancer pulmonar).
- Screening pentru boli autoimune: poate sugera o boală de țesut conjunctiv.
- Teste recomandate de medicul specialist: aceste teste sunt recomandate în cazurile care nu pot fi diagnosticate după evaluarea și investigațiile inițiale: teste microbiologice (de exemplu, coprocultură, hemoculturi), teste sangvine (de exemplu, pentru malarie, sifilis sau infecție cu HIV), scanare cu izotopi, ecografie și CT (pentru infecții oculte sau neoplasme), testul la tuberculină (pentru un posibil TBC) și teste pentru boli tropicale.

### SUGESTII

- De obicei, febra prelungită este un simptom neobișnuit de prezentare a bolilor comune (cu excepția pacienților care au călătorit recent), deci trebuie să revedeți pacientul cu regularitate, încurajându-l să vă raporteze simptomele nou apărute, lucru care vă poate ajuta să puneți diagnosticul.
- Dacă pacientul are stare generală modificată sau a pierdut în greutate, trimiteți-l la medicul specialist; dacă nu, recomandați-i investigațiile inițiale.
- Nu acceptați întotdeauna autoraportarea acestui simptom ca atare; înroșirea feței sau transpirațiile pot fi considerate greșit de către pacient ca fiind „febră". Dacă aveți dubii, sfătuiți pacientul să-și măsoare temperatura o anumită perioadă.
- Întotdeauna faceți un istoric al călătoriilor pe care le-a făcut pacientul, punând accent pe mușcături și înțepături de insecte, ca și pe complianța la tratamentul antimalaric. De asemenea, puneți întrebări despre ocupație și contactul recent cu boli infecțioase.

Scanned with OKEN Scanner

- Tuberculoza este o afecțiune rară, dar incidența ei este în creștere; de aceea, luați în considerare și acest diagnostic.
- Pruritul asociat cu pirexie sugerează leucemie sau limfom.
- Un pacient cu febră de cauză necunoscută, care a călătorit recent într-o țară exotică, trebuie trimis la medicul specialist în boli tropicale – într-un asemenea caz, diagnosticul diferențial este mult mai vast și, de aceea, posibilitatea unei infecții rare este mult mai mare.
- Febra falsă (factitia) prelungită este rar întâlnită, dar mai frecventă la personalul medical; de aceea, trebuie atenție la persoanele din domeniul medical care prezintă febră aparentă și care au o stare generală bună, în special dacă investigațiile de bază sunt toate în limite normale.
- La un pacient cu suflu cardiac nu omiteți posibilitatea endocarditei infecțioase.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SUGARUL CARE PLÂNGE EXCESIV

## Privire de ansamblu

Este unul dintre cele mai frecvente motive pentru care părinții vin la MF, fiind un simptom pe care niciun părinte nu îl poate ignora. Când un sugar continuă să plângă, în ciuda tuturor măsurilor pe care părinții le iau pentru a-l liniști, aceștia vor apela la MF pentru răspunsuri și soluții.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Normal.
- Colici abdominale.
- Constipație.
- Erupție dentară simptomatică.
- Afecțiune virală.

OCAZIONALE
- Otită medie sau externă.
- Iritație de scutec și/sau prepuț inflamat.
- Gastroenterită.
- ITU.
- Postvaccinare.
- Insuficiență respiratorie – bronșiolită severă, infecție toracică, crup.

RARE
- Injurie non-accidentală.
- Mastoidită.
- Meningită, encefalită.
- Obstrucție intestinală (inclusiv invaginația și hernia strangulată).
- Septicemie.
- Apendicită.
- Osteomielită.
- Torsiune testiculară.
- Injurii perinatale nediagnosticate (de exemplu, fractură de claviculă).
- Afecțiuni congenitale (de exemplu, boala Hirschsprung, stenoza pilorică).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Normal* | *Colici abdominale* | *Constipație* | *Erupție dentară simptomatică* | *Afecțiune virală* |
|---|---|---|---|---|---|
| Scaderea apetitului, refuzul hranei | NU | POSIBIL | POSIBIL | POSIBIL | DA |
| Hipersalivație | NU | NU | NU | DA | POSIBIL |
| Încordare abdominală în momentul defecației | NU | NU | DA | NU | NU |
| Febră | NU | NU | NU | POSIBIL | DA |
| Abdomen hipersonor | NU | POSIBIL | POSIBIL | NU | NU |

## Investigații

**Necesare:** nu sunt neapărat necesare în cabinetul MF. Se pot face investigații suplimentare în spital dacă este necesară internarea sugarului.
**Posibile:** examen bacteriologic din orice secreție evidentă.
**Rareori:** vezi investigațiile din spital.

- Nu sunt necesare alte investigații în afară de examenul bacteriologic dintr-o secreție evidentă (de exemplu, în otita externă) – în situația în care nu este identificată nicio cauză patologică și sugarul continuă să fie agitat, este obligatorie internarea în spital pentru observație și investigare.
- În spital, pot fi utile pentru diagnostic: sumarul de urină, urocultura pentru bacteriologie, HLG cu formulă, VSH, glicemie, uree, electroliți, precum și altele în funcție de indicații (de exemplu, radiografie toracică, radiografie abdominală, puncție lombară, analiza gazelor sangvine.

### SUGESTII

- Sugarii plâng în medie 1,5-2 ore pe zi. Unii sugari plâng mai mult decât alții, fără o cauză aparentă.
- Rămâneți calm, dar empatic. Părinții unui sugar plângăcios sunt deseori iritați și, indiferent care este percepția dumneavoastră asupra seriozității situației, faceți o evaluare atentă și convingeți-i că îi luați în serios.
- Întotdeauna explicați părinților cu claritate tot ce faceți și ce observați, asigurându-vă ca au înțeles. Scrieți-le, dacă este necesar, oferiți-le exemple, note, grafice. Pacienții depind în totalitate de capacitatea dumneavoastră de comunicare.
- Uitați esențialul: sugarii pot plânge din următoarele cauze nepatologice: oboseală, foame, balonare postprandială, disconfort din cauza unui scutec plin, plictiseală. Nu porniți de la ideea că părinții știu exact ce au de făcut, controlați cu atenție sugarul chiar și pentru lucruri simple.
- Copiii pot fi agitați și pot plânge mai mult timp după imunizare. Prelungirea stării de agitație peste 48 de ore postimunizare exclude practic legătura cu aceasta și impune o reevaluare.

Scanned with OKEN Scanner

- Fiți prudent când consiliați telefonic părinții, rugați-i să vă sune din nou după un interval bine precizat sau să aducă sugarul pentru o consultație la cabinet cât mai curând posibil.
- Observați cu atenție sugarul în timpul examinării. Iritabilitatea este cel mai important semn. În lipsa altor elemente de diagnostic, iritabilitatea poate constitui singură un motiv de internare.
- Deși nu există dovezi pentru care copilul ar trebui să dezvolte febră în legătură cu erupția dentară, acest fenomen apare deseori. Cu toate acestea, febra asociată erupției dentare nu este niciodată foarte înaltă și nici nu durează foarte mult (< 24 de ore). O febră înaltă, prelungită peste 24 de ore, este cel mai probabil cauzată de o infecție virală.
- Sugarii nu ne pot spune ce îi deranjează, dar ne dau cu siguranță de veste că există *ceva* care îi deranjează. Dacă aveți dubii în diagnostic, solicitați un consult interdisciplinar. Urmați-vă întotdeauna intuiția, al șaselea simț, propriile alarme, chiar dacă uneori nu sunt bazate pe referințe clinice din tratatele medicale sau studii. Experiența personală poate avea un cuvânt de spus!

- Fiți atent la posibilitatea unor injurii neaccidentale: dacă observați o anxietate neobișnuită, o detașare emoțională neuzuală față de părinte, mai ales față de mamă, examinați cu atenție sugarul.
- Un sugar care a plâns mult și devine letargic este sever afectat. În general, sugarii sănătoși nu obosesc dacă plâng. Chiar dacă sunteți sigur de diagnostic, urmați-vă intuiția și cereți opinia unui medic specialist pediatru.
- Un sugar cu o fontanelă hipertonă trebuie internat de urgență.
- Fiți atent la tonusul muscular al sugarului care plânge. Rigiditatea constantă sau atonia/hipotonia sunt semne de severitate și necesită internare urgentă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TRANSPIRAȚIILE EXCESIVE

## Privire de ansamblu

În condiții normale, zilnic se pierd prin perspirație 800 ml de apă. În cazul trarnspirației excesive, această cantitate se poate dubla. Ca simptom, face parte de obicei dintre manifestările altor afecțiuni – este neobișnuit să apară izolat.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Menopauză.
- Anxietate.
- Infecții (comune, acute).
- Hipoglicemie: poate fi reactivă, adică nediabetică.
- Hipertiroidism.

OCAZIONALE

- Medicamente: alcool, antidepresive triciclice, pilocarpină.
- Șoc/sincopă.
- Durere intensă.
- Hiperhidroză.
- Alte infecții (de exemplu, TBC, infecție cu HIV, endocardită, bruceloză).

RARE

- Neoplasm (de exemplu, limfom).
- Leziuni nervoase organice: tumori craniene, leziuni ale măduvei spinării (transpirație localizată în dermatomul afectat).
- Pachidermoperiostoza: localizată la extremități și frunte.
- Hiperpituitarism/acromegalie.
- Tumori vasoactive rare: feocromocitom, carcinoid.
- Boli de țesut conjunctiv.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Menopauză* | *Anxietate* | *Infecție* | *Hipoglicemie* | *Hipertiroidism* |
|---|---|---|---|---|---|
| Istoric scurt | Nu | Nu | Da | Da | Nu |
| Vasoconstricție cutanată | Nu | Posibil | Posibil | Da | Posibil |
| Creșterea temperaturii corporale | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Stare de confuzie | Nu | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Stare de rău | Nu | Nu | Da | Da | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG, VSH/PrCR, TFT.
**Posibile:** FSH/LH, TFH, glicemie.
**Rareori:** teste autoimune, radiografie toracică, teste pentru infecții mai rare, catecolamine în urina pe 24 de ore, CT/RMN.

- HLG/VSH/PrCR: VSH/PrCR și leucocitele cresc în infecții. Creșterea VSH/PrCR și anemia pot apărea în limfom sau alte neoplasme.
- TFT: pot indica tireotoxicoza ca etiologie a transpirației.
- Glicemia: în hipoglicemia reactivă este utilă doar în momentul producerii transpirației.
- FSH/LH: sunt de ajutor dacă diagnosticul de menopauză este incert.
- TFH: pot demonstra abuzul de alcool.
- Radiografia toracică: este utilă în diagnosticul infecțiilor oculte (de exemplu, TBC) sau al cancerului.
- Teste pentru infecții mai rare: de exemplu, teste de sânge pentru HIV, ecocardiografie pentru endocardită.
- Teste autoimune: pentru confirmarea diagnosticului de boală de țesut conjunctiv.
- Măsurarea catecolaminelor în urina pe 24 de ore: este utilizată tradițional în diagnosticul feocromocitomului, dar specificitatea redusă face ca CT/RMN să fie mai utile.

### SUGESTII

- Durata istoricului este foarte importantă: transpirațiile apărute de curând au aparent o cauză acută; dacă durata este mai lungă, diagnosticul este mai probabil o stare de anxietate sau constituționale; pe termen mediu, diagnosticul diferențial este mult mai larg.
- Anxietatea produce rareori transpirații nocturne.
- Nu subestimați efectul potențial grav al hiperhidrozei.

Scanned with OKEN Scanner

- Absența febrei nu exclude infecția. În unele infecții (de exemplu, TBC, bruceloză) – și în limfom – transpirațiile nu apar asociate cu faza febrilă.
- Dacă problema este persistentă, este necesară o examinare fizică atentă, acordând o atenție specială ganglionilor limfatici, splinei și ficatului. Dacă nu se descoperă nicio cauză și dacă pacientul are stare generală modificată și a scăzut în greutate, se recomandă internarea în spital pentru investigații specializate.
- Luați în considerare o infecție rară (de exemplu, TBC, febră tifoidă) la un pacient reîntors de curând dintr-o călătorie într-o zonă endemică.
- Înroșirea episodică a feței (în special provocată de alcool) asociată cu diaree și dispnee este probabil cauzată de anxietate – dar nu omiteți sindromul carcinoid ca posibilitate foarte rară.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TREMORUL

## Privire de ansamblu

Tremorul reprezintă mișcarea ritmică a unei părți a corpului. Este clasificat în: tremor de repaus (se agravează în repaus), tremor postural (se agravează în poziție fixă, de exemplu brațe întinse) și tremor intenționat (se agravează în timpul mișcărilor voluntare). MF poate observa tremorul în cursul unei evaluări pentru o altă problemă sau este simptomul pentru care pacientul se prezintă la cabinet. În ultimul caz, pacientul se poate simți jenat de lipsa autocontrolului; de aceea este importantă o abordare înțelegătoare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Stare de anxietate.
- Tireotoxicoză.
- Sevraj la medicamente (de exemplu, opiacee, benzodiazepine, alcool).
- Tremor esențial benign (familial).
- Boala Parkinson.

OCAZIONALE

- Reacție medicamentoasă secundară (de exemplu, fenotiazine, beta-agoniști).
- Retenție de dioxid de carbon (de exemplu, BPOC).
- Scleroză multiplă.
- Ataxie cerebelară: cauze multiple, incluzând tumori, neurinom de acustic, ataxia Friedreich, AVC, abces.

RARE

- Insuficiență hepatică fulminantă.
- Boala Wilson.
- Sifilis terțiar.
- Isterie: de obicei se manifestă la un singur membru și este grosier.
- Meningoencefalită.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Stare de anxietate* | *Tireotoxicoză* | *Sevraj la medicamente* | *Tremor esențial benign* | *Boala Parkinson* |
|---|---|---|---|---|---|
| Tremor de repaus | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Supresat de alcool | Posibil | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Stare generală bună | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Tahicardie | Da | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Bradichinezie | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** TFT.
**Posibile:** HLG cu formulă, TFH.
**Rareori:** serologia sifilisului și investigații recomandate de medicul specialist: RMN, puncție lombară, răspuns vizual evocat, ceruloplasmină serică/cupru sangvin, gaze sangvine.

- HLG cu formulă: macrocitoză în consumul excesiv de alcool.
- TFH: pentru abuzul de alcool și insuficiența hepatică.
- TFT: dacă se suspicionează hipotiroidismul.
- RMN: este testul cel mai sensibil pentru evidențierea demielinizării SNC și a tumorilor (de exemplu, cerebelare).
- Puncție lombară: electroforeza LCR poate evidenția benzi oligoclonale în SM sau dovezi pentru meningoencefalită.
- Răspuns vizual evocat: prelungit în SM.
- Serologia sifilisului: pentru suspiciunea de sifilis.
- Gaze sangvine: arată retenția de dioxid de carbon.
- Ceruloplasmină serică/cupru sangvin: pentru diagnosticul bolii Wilson.

### SUGESTII

- Pacienții sunt în mod invariabil îngrijorați în legătură cu acest simptom deoarece se gândesc la o afecțiune gravă, în special boala Parkinson. Asigurați-vă că rezolvați această anxietate în cursul consultației.
- Tremorul esențial este în mod caracteristic supresat cu o doză mică de alcool. Acest lucru poate fi un indicator util obținut din anamneză.
- Tremorul poate avea mai mult de o cauză și nu urmează întotdeauna tiparele descrise, în special la pacienții vârstnici.
- De obicei, tremorul din boala Parkinson timpurie cauzează puține probleme pacientului. De aceea, este observat de medic atunci când consultă pacientul pentru alte simptome sau poate fi semnalat de rude sau prieteni îngrijorați.

Scanned with OKEN Scanner

- Mențineți un prag scăzut pentru recomandarea TFT: anxietatea poate mima foarte bine tireotoxicoza și viceversa.
- Un pacient cu boală Parkinson se poate prezenta la MF pentru căderi frecvente. Căutați și alte semne, cum ar fi masca facială, scrisul cu litere foarte mici, mers cu pași mici și dificultăți la ridicarea de pe scaun.
- Gândiți-vă la alcoolism în cazul unui bărbat de vârstă mijlocie sau vârstnic, fără familie, care prezintă tremor postural.
- Tremorul intențional asociat cu nistagmus sau disartrie sugerează o afecțiune cerebelară gravă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SÂNI

**Ginecomastia**

**Mastalgia**

**Nodulii mamari la femeie**

**Secreţiile mamelonare**

Scanned with OKEN Scanner

# GINECOMASTIA

## Privire de ansamblu

Tumefierea țesutului mamar la un bărbat creează un sentiment de jenă, pacientul prezentându-se la cabinetul medicului de familie având ca pretext cu totul alte simptome. Următoarele diagnostice diferențiale nu includ alte cauze de ginecomastie care sunt menționate în secțiunea „Sugestii" de la sfârșitul acestui capitol. În cazul ginecomastiei adevărate, țesutul glandular se poate palpa în spatele areolei și de obicei este bilaterală.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Pubertate.
- Medicamente și droguri (spironolactonă, cimetidină, digoxin, ciproteron, finasterid, marijuana).
- Boală hepatică cronică (în special, alcoolică).
- Carcinom pulmonar.
- Hipertiroidie.

OCAZIONALE
- Hipotiroidie.
- Hiperprolactinemie.
- Hemodializă și insuficiență renală cronică.
- Cancer testicular.
- Carcinom suprarenalian.
- Criptorhidism și alte cauze de hipogonadism.

RARE
- Sindrom Klinefelter.
- Hermafroditism adevărat și pseudohermafroditism la sexul masculin.
- Acromegalie.
- Sindroml McCune-Albright.
- Hipernefrom.
- Carcinom.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Pubertate* | *Medicamente* | *Boală hepatică* | *Cancer pulmonar* | *Hipertiroidie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Adesea unilaterală | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Tuse | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Scădere în greutate | Nu | Nu | Posibil | Da | Da |
| Stare generală alterată | Nu | Posibil | Da | Da | Da |
| Alte semne fizice | Nu | Posibil | Da | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** (excepție pentru cauză evidentă pubertară) HLG cu formulă, uree și electroliți, TFH, TFT.
**Posibile:** testosteron, radiografie toracică, teste pentru funcția hipofizară.
**Rareori:** markeri tumorali, analiză cromozomială, CT, biopsie.

- HLG cu formulă: multe afecțiuni sistemice cronice pot cauza ginecomastie; se poate asocia o anemie normocromă, normocitară. MCV poate fi crescut în hipotiroidie și boala hepatică cronică.
- Uree, electroliți și TFH: pot evidenția boala hepatică sau renală cronică.
- TFT: pentru a diagnostica anomaliile tiroidiene.
- Testosteron: nivelul este scăzut în hipogonadism și boli cronice, inclusiv boala hepatică.
- Radiografie toracică: când cancerul pulmonar este o posibilitate.
- Testarea funcției hipofizare (de exemplu, FSH, LH, prolactină și alte teste mult mai complexe care se efectuează în spital): pentru a evalua anomaliile hormonilor hipofizari.
- Markeri tumorali (de obicei, se efectuează în spital): AFP și HCG sunt markeri tumorali pentru cancerul testicular.
- Analiza cromozomială: pentru sindromul Klinefelter.
- CT (recomandată de medicul specialist): poate fi necesară pentru stadializarea cancerului testicular și pentru diagnosticul tumorilor renale și suprarenaliene.
- Biopsie: dacă se suspicionează un neoplasm.

### SUGESTII

- Multe cazuri de tumefiere a glandei mamare nu sunt ginecomastii adevărate: cauzele includ obezitatea simplă, abcesele, chisturile sebacee și lipoamele.
- Băieții la pubertate sunt foarte preocupați de ginecomastie. Asigurați-i că această problemă este frecventă, se va rezolva și nu le va schimba sexul.
- Cauzele iatrogene sunt frecvente – verificați ce medicamente a luat pacientul (inclusiv cele eliberate fără rețetă sau droguri ilicite).

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul unui băiat la pubertate cu testicule „normale" și „mici", „normalul" poate ascunde o tumoră; faceți o ecografie în caz de dubiu.
- Ginecomastia unilaterală aparentă la un bărbat adult poate fi produsă de un carcinom mamar – trimiteți pacientul la medicul specialist dacă la palpare descoperiți o masă dură, nu simțiți țesutul mamar sub areolă sau în caz de dubiu.
- Ginecomastia asociată cu cefalee și tulburări de vedere poate fi cauzată de o tumoră hipofizară. Trimiteți de urgență pacientul la medicul specialist.
- Degetele hipocratice la un fumător care prezintă ginecomastie sunt teoretic patognomonice pentru carcinomul bronșic. Pacientul trebuie investigat de urgență.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MASTALGIA

## Privire de ansamblu

Mastalgia (durerea mamară sau mastodinia) poate avea o varietate de cauze, cele mai comune fiind pubertatea și sarcina. Poate fi o problemă recurentă supărătoare la femeile cu mastalgie ciclică. Cancerul este un motiv major de îngrijorare, dar este o cauză rară de mastalgie, durerea mamară fiind un semn tardiv al bolii.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Sarcină.
- Mastalgie ciclică.
- Mamelon fisurat sau inflamat.
- Abces mamar.
- Mastită.

OCAZIONALE
- Carcinom.
- Debutul pubertății.
- Lactație și/sau galactocel.
- Chist simplu.
- Traumatism.

RARE
- Condrita cartilajului costal.
- Angina pectorală.
- Spondiloza cervicală.
- Zona zoster.
- Boala Mondor (tromboflebita venelor peretelui toracic sau ale sânului – afecțiune rară: 0,5-0,9%).
- Tuberculoza.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Sarcină* | *Mastalgia ciclică* | *Mamelon inflamat* | *Abces* | *Mastită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Bilateral | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Febră | Nu | Nu | Nu | Da | Da |
| Masă discretă | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Eritem local | Nu | Nu | Da | Posibil | Da |
| Noduli difuzi | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este nevoie de investigații.
**Posibile:** test de sarcină, aspirație pe ac subțire, mamografie.
**Rareori:** frotiu din orice secreție mamelonară, alte investigații dacă este suspectată o cauză nonmamară.

- Testul de sarcină este util în cazul unei mastalgii bilaterale dacă a lipsit un ciclu menstrual.
- Aspirația pe ac fin a unui chist în tensiune furnizează fluid pentru examen citologic și ameliorează durerea. Dacă la aspirație se obține sânge, pacienta este trimisă de urgență la medicul specialist.
- Mamografia este utilă dacă durerea este asociată cu prezența unei mase tumorale sau nodularitate, dar în mod normal este efectuată la recomandarea medicului specialist.
- Dacă etiologia este infecțioasă și apare o secreție mamelonară, frotiul este util pentru orientarea tratamentului.
- Alte investigații: dacă se suspectează o cauză nonmamară, pot fi necesare alte teste în funcție de modelul simptomelor, de exemplu testul de stres (angina pectorală) sau radiografia coloanei cervicale (spondiloză cervicală).

### SUGESTII

- Examinați sânii pacientei chiar dacă din anamneză nu s-a decelat nicio patologie semnificativă – multe dintre femei se tem de cancerul de sân și vor considera asigurările dumneavoastră ca fiind greu de acceptat dacă nu simt că au fost luate în serios
- Nu prescrieți din reflex medicamente în mastalgia clinică; dorința pacientului este de cele mai multe ori să exclude o boală serioasă și nu să caute terapie prin medicamente
- Nu omiteți sarcina ca etiologie a mastalgiei – pacienta nu va accepta în mod voluntar întotdeauna acest lucru ca pe o posibilitate, chiar dacă menstruația a lipsit.
- Mastalgia unilaterală fără alte semne locale poate fi un simptom precoce al zonei zoster. Verificați dacă este prezent un rash pe toracele posterior, la nivelul dermatoamelor T4/5.

Scanned with OKEN Scanner

- „Durerea de sâni" poate fi un eufemism folosit frecvent de către femeile (deseori mai în vârstă) aflate în stare de negare. Nu ratați o tumoră avansată prin neexaminarea sânilor.
- Rareori cancerul mamar este însoțit de durere, dar luați în considerare această posibilitate la femeile care acuză dureri mamare sub formă de înțepături.
- La o femeie care alăptează și care prezintă mastalgie unilaterală și simptome asemănătoare gripei cel mai probabil diagnostic este mastita – tratați rapid pentru a evita apariția abcesului.
- Dacă durerea este legată de efort la o femeie de vârstă mijlocie sau vârstnică, luați în considerare diagnosticul de angina pectorală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

# NODULII MAMARI LA FEMEIE

## Privire de ansamblu

De obicei, descoperirea unui nodul la nivelul sânului creează pacientei un grad mare de anxietate. Probabil că l-a descoperit singură și din cauza îngrijorării crescute în ce privește cancerul de sân, ea va avea nevoie să fie liniștită sau de o acțiune rapidă. Este esențială examinarea minuțioasă a ambilor sâni și a ganglionilor limfatici adiacenți.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Carcinom.
- Chist.
- Abces.
- Fibroadenom.
- Displazie fibroasă.

OCAZIONALE
- Ectazie ductală.
- Necroză grăsoasă (citosteatonecroză).
- Lipom.
- Boala Paget a mamelonului.
- Galactocel.
- Chisturi multiple.

RARE
- Tuberculoză.
- Sarcom.
- Limfom.
- Tumora Phyllodes (benignă).
- Boala Mondor (tromboflebită).

## Barem

| | *Cancer* | *Chist* | *Abces* | *Fibroadenom* | *Displazie fibroasă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Modificări legate de ciclul menstrual | Nu | Posibil | Nu | Nu | Da |
| Secreție | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Dureros | Posibil | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Bilaterali | Posibil | Posibil | Nu | Posibil | Da |
| Foarte mobil | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

Sunt doar câteva investigații care se pot efectua în ambulator altele decât tentativa de aspirație a unui chist suspectat.

Investigațiile specializate includ aspirația, mamografia, ecografia (de exemplu, pentru a face diagnosticul diferențial între un nodul solid și unul chistic), biopsia și, când este necesar, stadializarea cancerului.

### SUGESTII

- Dacă nodulul are consistența unui chist, se încearcă aspirația – rezolvarea imediată a problemei va liniști pacienta; dar avertizați-o, solicitând în același timp consultul medicului specialist, că o aspirație nereușită nu implică în mod necesar un diagnostic grav – unele chisturi sunt foarte dificil de aspirat.
- Se examinează din nou sânul la două săptămâni de la aspirație. Atât timp cât nodulul a dispărut complet și aspiratul nu a conținut urme de sânge, nu sunt necesare investigații suplimentare.
- Este destul de obișnuit ca o femeie să creadă că a simțit la palpare un nodul mamar în timp ce medicul are dificultăți în detectarea unei leziuni discrete. Reexaminați pacienta după următorul ciclu menstrual – dar apoi luați o decizie fermă privind tratamentul. Dacă aveți îndoieli, mai bine trimiteți pacienta la medicul specialist decât să întârziați și mai mult pentru că pacienta va fi, în mod evident, nerăbdătoare să obțină un răspuns.
- La pacientele foarte în vârstă, carcinomul mamar are o evoluție relativ benignă, răspunzând foarte bine la monoterapia cu tamoxifen. În anumite cazuri, ar fi bine să se discute cazul cu medicul specialist, din vreme ce tratamentul administrat de către MF va provoca mult mai puțină anxietate.

Scanned with OKEN Scanner

- Aspectul de „coajă de portocală", aplatizarea locală a sânului și modificările la nivelul mamelonului indică neoplasmul până la proba contrarie.
- Chiar dacă diagnosticul este probabil de fibroadenom – ca în cazul femeilor tinere cu un nodul foarte mobil – trimiteți pacienta la medicul specialist pentru a evita orice surpriză neplăcută.
- La o femeie aflată în postmenopauză, cel mai probabil diagnostic este carcinomul. Se trimite urgent la medicul specialist.
- O masă care a apărut după un traumatism poate fi o necroză grăsoasă – reverificați după câteva săptămâni și trimiteți pacienta la medicul specialist dacă nu s-a rezolvat.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SECREȚIILE MAMELONARE

## Privire de ansamblu

Secrețiile mamelonare au o etiologie variată, de la primul semn extern al unei sarcini anterioare nerecunoscute până la semnul tardiv al unui cancer avansat. Pot determina atât jenă, cât și îngrijorare pacientelor. În comparație cu mastalgia și nodulii mamari, reprezintă un simptom relativ rar de prezentare la medic; luați-l în serios și evaluați-l minuțios – adeseori investigația este necesară.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Sarcină.
- Papilom ductal.
- Ectazie ductală.
- Mastită acută/abces mamar.
- Abces areolar (glande Montgomery infectate).

OCAZIONALE
- Anticoncepționale cu administrare orală.
- Carcinom intraductal.
- Galactoree neonatală și peripubertară (de asemenea, postlactație).
- Hiperprolactinemie (medicamente, prolactinom, hipotiroidie).
- Proliferare epitelială ductală.
- Galactocel.

RARE
- Mastită periductală (plasmocite).
- Stimulare mecanică.
- Carcinom invaziv.
- Abces tuberculos.
- Fistula mamilară ductală.
- Boala Paget a mamelonului.
- Mastită acneiformă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Sarcină* | *Papilom* | *Ectazie* | *Mastită* | *Abces areolar* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sangvinolentă | Nu | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| Consistență brânzoasă | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Purulentă | Nu | Nu | Nu | Da | Da |
| Segment sensibil și cald | Nu | Nu | Nu | Da | Da |
| Bilaterală | Da | Nu | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu este nevoie de investigații (se trimite pacienta pentru biopsie sau mamogramă în cazurile neclare).
**Posibile:** test de sarcină, nivelul prolactinei, TFT.
**Rareori:** frotiu din secreția purulentă.

- Test de sarcină: se efectuează dacă se suspicionează sarcina.
- Frotiu din secreția mamelonară purulentă: ajută în orientarea tratamentului.
- Nivelul prolactinei și TFT: pentru a evalua hiperprolactinemia sau hipotiroidia în galactoree.
- Se efectuează biopsie excizională dacă se palpează un nodul suspect. Dacă aveți dubii, o mamografie poate fi de ajutor; de asemenea, se poate explora chirurgical în cazul în care presiunea pe o zonă a unui sân provoacă în mod constant secreție mamelonară.

### SUGESTII

- Femeile care prezintă o secreție mamelonară sunt îngrijorate de posibilitatea existenței unui cancer subiacent. Pentru a oferi confort corespunzător, asigurați-vă că acordați atenție acestei anxietăți.
- Dacă secreția este bilaterală, atunci este foarte puțin probabil să fie vorba de o boală gravă.
- La o femeie de vârstă reproductivă cu secreție mamelonară bilatertală, întrebați în mod specific despre posibilitatea unei sarcini; această posibilitate poate fi ascunsă în mod deliberat sau trecută cu vederea de către pacientă.
- În cazul unei femei în premenopauză și amenoreică, cu secreție mamelonară bilaterală, la care a fost exclusă sarcina, luați în considerare și posibilitatea unei hiperprolactinemii.

Scanned with OKEN Scanner

- Femeile cu vârsta peste 50 de ani care prezintă secreție mamelonară recent instalată (cu excepția celor care prezintă o cauză benignă evidentă) și toate femeile cu secreție mamelonară sangvinolentă trebuie trimise la medicul specialist pentru a exclude o patologie gravă.
- Dacă se palpează un nodul sau dacă presiunea într-o anumită zonă a sânului produce secreție, se trimite pacienta pentru biopsie excizională.
- Evidențierea de sânge roșu-strălucitor la nivelul unui orificiu sugerează papilomul sau carcinomul ductal.
- Secreția mamelonară la un bărbat este întotdeauna anormală, cu excepția băieților aflați la pubertate. Se recomandă investigarea sau trimiterea la medicul specialist.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TEGUMENTE

**Cruste și scuame**

**Eritemul**

**Leziuni cutanate cu conținut lichid (vezicule și bule)**

**Macule**

**Noduli**

**Papule**

**Purpura și petețiile**

**Pustule**

Scanned with OKEN Scanner

# CRUSTE ȘI SCUAME

## Privire de ansamblu

Crustele și scuamele reprezintă acumularea la suprafața pielii a celulelor epiteliului keratinizat; sunt prezente la toate grupele de vârstă și au o mulțime de cauze. Pacientul se prezintă la MF din cauza aspectului cosmetic, a pruritului, a îngrijorării vizavi de o afecțiune gravă sau a combinației acestora.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Psoriazis.
- Eczemă (de toate formele).
- Infestații fungice (de exemplu, la nivelul scalpului, al corpului, al picioarelor).
- Dermatită seboreică.
- Keratoză seboreică.

OCAZIONALE
- Lichen simplu.
- Lichen plan (de obicei, la membrele inferioare).
- Keratoză solară.
- Pitiriazis versicolor și rozat.
- Dermatoză plantară juvenilă.
- Psoriazis gutat (papule crustoase).

RARE
- Afecțiuni neoplazice: boala Bowen și mycosis fungoides (limfomul cutanat cu celule T).
- Induse de medicamente (de exemplu, beta-blocante și carbamazepină).
- Ihtioză (forme diferite).
- Keratodermia blenoragică (ca parte a sindromului Reiter).
- Pitiriazis lichenoid cronic.
- Sifilis secundar.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Psoriazis* | *Eczemă* | *Infestații fungice* | *Dermatită seboreică* | *Keratoză seboreică* |
|---|---|---|---|---|---|
| Plăci | Da | Posibil | Nu | Nu | Posibil |
| Margini bine delimitate | Da | Nu | Da | Nu | Da |
| Prurit intens | Nu | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Simetric | Da | Da | Nu | Posibil | Nu |
| Mătreață severă | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** examinare cu lampa Wood, testarea firului de păr/raclat cutanat, patch-test.
**Rareori:** biopsie cutanată, serologia sifilisului, HLG, VSH/PrCR, glicemia à jeun.

- Fluorescența verde în lumină UV (lampa Wood) este diagnostică pentru infestațiile fungice cu *Microsporum*.
- Testarea firului de păr/raclat cutanat pentru examen micologic: pentru diferențierea infestațiilor fungice de alte rash-uri.
- Biopsia cutanată: este singurul test pentru a obține un diagnostic ferm în erupțiile neexplicate și este esențial în suspiciunea de neoplasm.
- HLG, VSH/PrCR: pot sugera o cauză subiacentă gravă (de exemplu, limfomul cu celule T); VSH/PrCR – crescute și în boala Reiter.
- Glicemia à jeun: evaluarea diabetului în infestațiile fungice recurente.

### SUGESTII

- Pentru a face diagnosticul diferențial între erupțiile fungice și cele eczematoase, examinați marginile leziunilor și simetria. Erupțiile fungice sunt de obicei asimetrice, cu margini solzoase, ridicate.
- În prezența unei erupții fungice, căutați infestația și în alte zone (inghinal, picioare) și tratați-le concomitent, altfel problema va recidiva.
- În cazurile neclare, explicați-i pacientului că diagnosticul real poate deveni aparent după aparitia erupției (de exemplu, petele din pitiriazis rosea arată ca tinea corporis inițială) – și sfătuiți-l să revină la cabinet pentru reevaluare dacă tratamentul nu a dat rezultate.
- O erupție crustoasă, cu fisuri, simetrică, lucioasă, situată la nivelul plantelor, apărută la un copil sau adolescent, este o dermatoză plantară.

Scanned with OKEN Scanner

- Eritrodermia – eritem cu descuamare a întregii suprafețe cutanate, cauzată rareori de psoriazias, eczemă, micosis fungoides și erupții medicamentoase – modifică starea generală a pacientului. Este necesar tratament urgent administrat în spital.
- O pată scuamoasă unică, bine delimitată, cu evoluție lentă, localizată la față, mâini sau picioare, apărută la un adult de vârstă medie sau vârstnic, sugerează boala Bowen – poate fi confundată ușor cu o placă izolată eczematoasă sau psoriazică.
- Dintre pacienții cu psoriazis, 8% vor dezvolta artropatie, care se asociază de obicei cu modificări ale unghiilor. Examinați cu atenție unghiile pacientului cu pzoriazis și întrebați-l dacă are simptome articulare.
- Dacă pacientul prezintă o erupție asemănătoare pitiriazisului rozat, localizată pe mâini și picioare, asociată cu febră, stare generală alterată, dureri în gât și limfadenopatie, luați în considerare sifilisul secundar ca diagnostic.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# ERITEMUL

## Privire de ansamblu

Eritemul reprezintă înroșirea pielii din cauza dilatației persistente a vaselor de sânge superficiale și poate fi localizat sau generalizat. Este diferit de flushing (înroșirea feței), care este tranzitor.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Celulită.
- Gută.
- Arsuri: termice, chimice, solare.
- Eritem toxic: medicamente (de exemplu, antibiotice, AINS), infecții bacteriene (de exemplu, scarlatina) și virale (de exemplu, rujeola, boala a cincea).
- Rozaceea.

OCAZIONALE
- Eritemul palmar (de exemplu, sarcină, boli hepatice, tireotoxicoză).
- Reacție fototoxică la medicamente (de exemplu, fenotiazine, tetracicline, diuretice).
- „Eritemul de șezlong" (imobilizare prelungită).
- Eritemul multiform (cauze variate).
- Lupus eritematos sistemic (rash în formă de fluture, eritematos, fotosensibil).
- Eritemul ab igne (pattern reticulat).

RARE
- Erupție medicamentoasăv fixă.
- Livedo reticularis: boală de țesut conjunctiv.
- Rash de seroconversie în infecția cu HIV.
- Eritem nodos: sarcoidoză, infecție streptococică, tuberculoză, medicamente.
- Eritem indurat (boala Bazin: tuberculoză).
- Eritem cronic migrator: boala Lyme.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Celulită* | *Gută* | *Arsuri* | *Eritem toxic* | *Rozaceea* |
|---|---|---|---|---|---|
| Febră | Da | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Pustule | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Periarticular | Posibil | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Vezicule | Posibil | Nu | Posibil | Posibil | Nu |
| Generalizat | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** acid uric (dacă se suspicionează guta).
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, TFH, TFT.
**Rareori:** screening pentru boli autoimune, serologie, radiografie toracică, ASLO.

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: leucocitoză și VSH/PrCR crescute în infecții grave; Hb poate fi scăzută (normocromă, normocitară) în boli de țesut conjunctiv.
- Screening pentru boli autoimune: dacă se suspicionează o afecțiune autoimună).
- Serologie: dacă se suspicionează o cauză infecțioasă a eritemului multiform sau în diagnosticul infecției cu HIV și al bolii Lyme.
- Acidul uric: pentru confirmarea suspiciunii clinice de gută (după rezoluția crizei de gută).
- TFH, TFT: dacă este prezent eritemul palmar la o pacientă negravidă – pentru detectarea abuzului de alcool sau a hipertiroidiei.
- Alte investigații pentru eritemul nodos: dacă a fost eliminată cauza medicamentoasă, investigațiile cele mai probabile sunt: radiografia toracică (pentru TBC, sarcoidoză) și ASLO (pentru infecția streptococică).

### SUGESTII

- Eritemul toxic produs de medicamente este pruriginos; dacă este cauzat de o infecție, nu este iritant, dar se asociază cu febră.
- Nu uitați că există o întârziere între administrarea unui medicament și apariția eritemului toxic, prin urmare, simptomele pot să apară numai după finalizarea unei cure de tratament (în special antibiotice).
- „Eritemul de șezlong" este un eritem al membrelor inferioare, uneori asociat cu edeme și vezicule, care apare după o perioadă de imobilizare prelungită. Uneori, poate fi diagnosticat greșit ca celulită recurentă sau persistentă.
- Un eritem localizat, intens, care se închide la culoare rapid, se asociază cu vezicule și recidivează în același loc sugerează o erupție medicamentoasă fixă.

Scanned with OKEN Scanner

- Eritemul nodos și multiform poate fi cauzat de o afecțiune gravă, inclusiv cancer (foarte rar). Dacă starea pacientului este modificată sau acesta prezintă alte simptome semnificative, trebuie trimis la medicul specialist.
- Obțineți de la pacient un istoric al călătoriilor: boala Lyme este endemică în zonele cu păduri. Dacă nu este diagnosticată și tratată în fazele incipiente, poate cauza complicații grave.
- Eritemul multiform asociat cu vezicule și ulcerații ale mucoaselor sugerează sindromul Stevens-Johnson. Deși rar, acest sindrom este grav, necesitând spitalizare pentru tratament.
- Atenție la simptomele articulare: multe cauze ale eritemului (de exemplu, eritemul multiform, rashul în formă de fluture, livedo reticularis) sunt legate de o boală de țesut conjunctiv.
- Nu uitați de istoricul medicamentos, inclusiv medicamentele administrare fără rețetă. Puteți descoperi cauza subiacentă în eritemul toxic, eritemul nodos, eritemul multiform și fototoxicitate.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# LEZIUNI CUTANATE CU CONȚINUT LICHID (VEZICULE ȘI BULE)

## Privire de ansamblu

Leziunile cutanate cu conținut lichid se clasifică în vezicule (cu diametrul de maxim 5 mm) și bule (cu diametrul mai mare de 5 mm). Lichidul conținut poate fi limfă, ser, lichid extracelular sau sânge. În unele afecțiuni apar ambele tipuri de astfel de leziuni, pe când în altele apare numai una dintre forme. Pustulele sunt tratate la pag. 382.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Traumatism: frecare, arsuri (termice sau chimice), înțepături de insecte.
- Infecția cu Herpes simplex.
- Zona zoster.
- Infecții virale în copilărie: varicelă, boala gură-mână-picior.
- Eczemă (dishidroză și alte eczema acute).

OCAZIONALE

- Pemfigus și pemfigoid.
- Dermatita herpetiformă.
- Secundare edemului piciorului (cauze variate).
- Impetigo bulos.
- Reacții medicamentoase (de exemplu, inhibitori ECA, penicilamină, barbiturice).

RARE

- Pemfigoid (herpes) de gestație.
- Porfirie.
- Necroliză epidermală toxică (sindrom Lyell).
- Epidermoliza buloasă.
- Vasculită alergică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Herpes simplex* | *Zona zoster* | *Infecții virale în copilărie* | *Eczemă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Vezicule | Nu | Da | Da | Da | Posibil |
| Bule | Da | Posibil | Posibil | Nu | Posibil |
| Recurente | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| Unilaterale | Posibil | Posibil | Da | Nu | Posibil |
| Dureroase | Da | Da | Da | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

Nu sunt necesare investigații în asistența primară; de obicei, problema este autolimitantă sau cauza este evidentă. În cazurile neclare, pacientul este trimis la medicul dermatolog, care va efectua o biopsie cutanată pentru a stabili diagnosticul. Testele cutanate pentru alergie sunt de ajutor pentru a identifica posibilii alergeni în dermatita de contact, în special dacă este ocupațională.

### SUGESTII

- Zona zoster poate implica ramura oftalmică a nervului trigemen, care va afecta ochiul în 50% dintre cazuri. Probabilitatea este crescută dacă veziculele sunt localizate pe partea laterală a nasului. Sfătuiți pacientul să ceară ajutor medical de urgență dacă ochiul devine roșu sau dureros, sau apar tulburări de vedere.
- În zona zoster necomplicată explicați-i pacientului evoluția naturală a bolii, pentru a-l liniști (circulă o mulțime de „povești" bătrânești), și avertizați-l asupra posibilității apariției nevralgiei postherpetice.
- Țineți sub observație erupțiile la care nu se descoperă cauza. De exemplu, bulele din pemfigoid pot fi precedate cu câteva săptămâni de prurit, eritem și urticarie.

Scanned with OKEN Scanner

- Infecția cu herpes simplex și zona zoster se poate agrava și disemina la pacienții cu sistem imunitar compromis; acești pacienți trebuie internați. În mod similar, infecția herpetică poate determina o reacție serioasă (erupția variceliformă Kaposi) la pacienții cu eczema atopică.
- Gravidele care contractează varicelă au un risc crescut de pneumonie variceloasă severă; de asemenea, și fătul poate fi afectat.
- Necroliza epidermică toxică (sindromul pielii opărite) se poate dezvolta rapid la sugari și copii, cauzând îmbolnăvire gravă. Dacă suspectați acest diagnostic, internați copilul imediat.
- Pemfigusul este o afecțiune gravă care afectează pacienți mai tineri (de obicei pacienți de vârstă medie) în comparație cu pemfigoidul. De obicei, pacientul trebuie internat în spital.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# MACULE

## Privire de ansamblu

Macula este o zonă de piele plată, bine demarcată, anormal colorată, putând avea orice dimensiune. Poate fi de culoare roșie (de exemplu, erupție medicamentoasă), roșu închis (de exemplu, purpura), maro (de exemplu, o aluniță plană) sau albă (pitiriazis versicolor). Purpura este descrisă la pag. 379. Există unele asemănări între eritem (vezi pag. 366) și maculele de culoare rosie.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Reacție medicamentoasă/alergie.
- Aluniță plată (nev joncțional).
- Exantem viral nespecific.
- Pistrui induși de soare (inclusiv lentigo solar).
- Cloasma.

OCAZIONALE
- Rujeola și rubeola.
- Hipo- și hiperpigmentare postinflamatorie.
- Pete café-au-lait (maro crem) și mongoloide (maro închis).
- Dermatita Berloque (maro: fotosensibilizare chimică, de exemplu, ulei de bergamotă).
- Depigmentare: vitiligo, pitiriazis versicolor, pitiriazis alba.

RARE
- Infecții: sifilide maculare, lepra tuberculoidă, febra tifoidă (pete roz în 40% dintre cazuri).
- Sindrom Albright.
- Neurofibromatoză (asociată cu mai mult de șase pete café-au-lait).
- Pistrui patologici: pistrui Hutchinson, sindromul Peutz-Jegher.
- Nevus anemicus (vasoconstricție permanentă din cauza unei anomalii neurovasculare).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Reacție medicamentoasă* | *Aluniță plată* | *Exantem viral* | *Pistrui* | *Cloasma* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prurit și senzație de arsură | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Pigmentare variabilă | Nu | Da | Nu | Posibil | Posibil |
| Roșu | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Diametrul < 0,5 cm | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |
| Zonă simetrică, în jurul gurii | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

Sunt foarte puține investigații relevante de luat în considerare în cazul acestui simptom, care sunt necesare doar în mod excepțional, deoarece diagnosticul este de obicei clinic: examenul microscopic al raclatului pentru micologie și testul fluorescenței cu lampa Wood sunt de ajutor în diagnosticul pitiriazisului versicolor; probe de ser recoltat în faza acută și în convalescență – pentru confirmarea rubeolei; serologia pentru sifilis – în cazul unui rash macular neobișnuit; și foarte rar, biopsia cutanată în cazul unui diagnostic neclar.

### SUGESTII

- O erupție medicamentoasă poate apărea la două săptămâni de la prima doză, așa că nu fiți indus în eroare de faptul că pacientul a prezentat erupția la câteva zile după terminarea curei de medicamente incriminate.
- Pitiriazisul versicolor poate fi confundat cu vitiligo. Dacă aveți nedumeriri, faceți examenul microscopic al raclatului pentru micologie și testul fluorescenței cu lampa Wood.
- Liniile ciudate hiperpigmentate apărute pe părțile laterale ale gâtului sugerează dermatita Berloque – un rash fotosensibil cauzat de uleiul de bergamotă, prezent în parfumuri.

- Pistruii Hutchinson sunt pistrui gigantici, colorați diferit, care apar mai ales la vârstnici pe pielea expusă la soare; din cauza riscului mare de transformare malignă, pacientul trebuie trimis la medicul specialist.
- Rubeola este rară, dar poate deveni comună ca urmare a mediatizării „pericolelor vaccinării". În cazul unei paciente tinere care prezintă o erupție tip rubeolă trebuie stabilit dacă este sau nu gravidă– dacă este, trebuie confirmat statusul rubeolic.
- Prezența unui număr foarte mare de pistrui pe sau în jurul buzelor la un copil sugerează sindromul Peutz-Jegher, care se asociază cu polipoza intestinului subțire.
- Vitiligo are un prognostic nefavorabil la caucazieni, în special dacă este extins și afectează buzele și extremitățile.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# NODULI

## Privire de ansamblu

Nodulii cutanați sunt formațiuni mai mari ca papulele – > 5 mm. Totuși, profunzimea lor este mai importantă ca diametrul. Unii nu sunt fixați la derm, alții sunt fixați deasupra sau sub țesutul subcutanat. Etiologia este variată. De obicei, pacientul este preocupat de aspectul cosmetic sau de potențialul malign al unui nodul.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Chist sebaceu.
- Lipom.
- Carcinom cu celule bazale (CCB).
- Veruci.
- Xantom.

OCAZIONALE
- Dermatofibrom (histiocitom).
- Carcinom cu celule scuamoase (CCS).
- Acneea nodulo-chistică.
- Kerato-acantom.
- Tofi gutoși.
- Condrodermatita nodulară cronică a urechii.
- Noduli reumatoizi și noduli Heberden.
- Granulomul piogen.

RARE
- Melanom malign.
- Vasculitici: eritemul nodos, vasculita nodulară, poliarterita nodoasă.
- Infecții atipice (de exemplu, lepra, infecțiile treponemice, lupus vulgaris, granulomul de piscină sau de acvariu, actinomicoza).
- Limfom și carcinom metastatic.
- Sarcoidoză.
- Mixedem pretibial.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Xantom* | *Chist sebaceu* | *CCB* | *Negi* | *Lipom* |
|---|---|---|---|---|---|
| Roșu-maroniu | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Punct central | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Distribuție caracteristică | Da | Nu | Da | Nu | Nu |
| Suprafață cutanată normal | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| Multipli | Da | Nu | Posibil | Posibil | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații (biopsie cutanată sau examen citologic dacă aveți îndoieli asupra leziunii sau a diagnosticului unui carcinom).
**Posibile:** profil lipidic, HLG cu formulă, VSH/PrCR, acid uric, factor reumatoid, sumar de urină.
**Rareori:** TFT, testul Kveim, investigații suplimentare în funcție de tabloul clinic (vezi mai jos).

- Biopsia excizională este investigația de elecție pentru obținerea diagnosticului definitiv; examenul citologic al raclatului cutanat este util în diagnosticul CCB.
- Profilul lipidic: în cazul xantoamelor, este necesar profilul lipidic pentru a defini hiperlipidemia subiacentă.
- Sumarul de urină: în cazul nodulilor cutanați vasculitici sau inflamatori; proteinurie dacă se asociază cu boli renale sau sistemice.
- HLG cu formulă, VSH/PrCR: VSH/PrCR cresc în afecțiuni inflamatorii și maligne; se poate evidenția anemia în boli cronice sau cancer (inclusiv limfomul).
- Acid uric: dacă sunt evidenți clinic tofii gutoși.
- Factor reumatoid: nodulii se asociază de obicei cu factor reumatoid pozitiv.
- Testul Kveim: pentru diagnosticul de sarcoidoză.
- Investigații suplimentare în funcție de tabloul clinic: unele leziuni (de exemplu, eritemul nodos) necesită teste suplimentare pentru a stabili cauza subiacentă; confirmarea histologică a metastazelor poate necesita în mod similar evaluare suplimentară, deși starea generală a pacientului poate face ca acest lucru să fie exercițiu inutil.

### SUGESTII

- Examinați leziunile cutanate cu lupa – puteți astfel observa semne suspecte, cum ar fi ulcerații sau margini neregulate, sidefii.
- În cazurile neclare, care nu necesită atenție imediată, notați în fișa medicală concluziile dumneavoastră (inclusiv dimensiunile exacte) și revedeți pacientul peste una sau două luni.
- Pacienții mai nepăsători pot subestima gravitatea unei leziuni suspecte, în special dacă o descoperiți în timpul unei examinări de rutină – dacă îi trimiteți la medicul specialist pentru biopsie, sfătuiți-l să nu rateze programarea.
- Stabiliți care sunt îngrijorările pacientului (de obicei, de ordin cosmetic sau cancer); astfel, consultația va fi mult mai eficientă și pacientul mult mai mulțumit.

Scanned with OKEN Scanner

- Transpirațiile nocturne și pruritul, asociate cu noduli cutanați, sugerează limfomul. Examinați cu atenție ficatul, ganglionii limfatici și splina.
- La un pacient în vârstă cu o leziune apărută într-o zonă expusă la soare care „pur și simplu nu se vindecă", diagnosticul cel mai probabil este cancer cu celule bazale sau scuamoase.
- Apariția unui nodul într-o aluniță este gravă și necesită trimiterea la medicul specialist.
- Pacienții cu acnee nodulo-chistică trebuie trimiși la medicul specialist dermatolog pentru tratament, eventual cu 13-*cis*-acid retinoic.
- La un pacient de vârstă medie sau vârstnic cu stare generală modificată, care dezvoltă noduli cutanați ciudați și răspândiți pe tot corpul, într-o perioadă de câteva săptămâni, diagnosticul cel mai probabil este cancerul.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PAPULE

## Privire de ansamblu

Papulele sunt leziuni cutanate circumscrise, solide, cu diametrul de până la 5 mm. Dacă sunt mai mari, se numesc noduli (vezi pag. 374). (În mod clar, cei mai mulți noduli sunt inițial papule; pentru a evita confuzia, dacă acestea sunt în general nodulare la momentul în care pacientul se prezintă la MF, atunci ele sunt tratate în această secțiune, și nu repetate aici.) De obicei, sunt rotunde, dar forma, ca și culoarea pot varia. Pot fi leziuni trecătoare, transformându-se de exemplu în vezicule, sau se pot ulcera.

NOTĂ: sunt mult mai multe cauze ale papulelor, dar nu au putut fi enumerate toate aici.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Acnee.
- Scabie.
- Veruci virale și molluscum contagiosum.
- Petele Campbell de Morgan.
- Papilom.

OCAZIONALE
- Infecții virale.
- Milia (acneea infantilă).
- Înțepături de insecte.
- Neg seboreic.
- Xantoame.
- Psoriazis gutat.
- Pitiriazis lichenoid cronic, lichen plan.
- Miliaria roșie.
- Keratoza pilară.

RARE
- Melanom malign, carcinom cu celule bazale timpuriu, sarcom Kaposi.
- Boala Darier.
- Acanthosis nigricans.
- Pseudoxantom elastic.
- Scleroza tuberoasă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Acnee* | *Scabie* | *Veruci virale* | *Pete Campbell de Morgan* | *Papilom* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prurit | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| Distribuție caracteristică | Da | Da | Nu | Da | Nu |
| Culoare roșie | Da | Da | Nu | Da | Nu |
| Leziuni asociate | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Istoric de contact | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

În practică sunt necesare foarte puține investigații: profilul lipidic este necesar în prezența xantelasmelor; verucile genitale necesită trimitere la medicul specialist pentru investigarea altor BTS; evaluare aprofundată poate fi necesară în cazuri foarte rare când este posibil un neoplasm subiacent (de exemplu, acanthosis nigricans), iar erupțiile neexplicate sau papulele solitare pot necesita ocazional biopsie excizională pentru un diagnostic definitiv.

### SUGESTII

- Trebuie să rețineți că neoplasmul de piele este cea mai mare temere a pacientului, în special în cazurile subacute sau cornice – de aceea, trebuie să-l liniștiți cu atenție.
- În leziunile solitare mai ciudate, notați în fișa medicală caracteristicile acesteia și programați bolnavul la o nouă consultație în timp util.
- Multe dintre erupțiile supărătoare sunt intermitente. Pentru a pune diagnosticul, sugerați pacientului să revină la cabinet când erupția este floridă.
- Papulele pruriginoase, grupate asimetric sunt cel mai probabil produse de înțepături de insecte, deși pacientul nu este foarte convins de acest lucru!

- O papulă de dimensiuni mai mari, de culoare albastru închis sau albastru-negru poate fi un melanom malign, un nev albastru sau un sarcom Kaposi. Trimiteți urgent pacientul la medicul specialist.
- Papule de culoare maro, grupate în jurul nasului la un copil sugerează scleroza tuberoasă, care se poate asocial cu o patologie sistemică gravă; trimiteți pacientul la medicul specialist.
- O erupție papulară intens pruriginoasă care se agravează noaptea și care nu are o cauză evidentă sugerează scabia, chiar dacă leziunile caracteristice nu sunt prezente – tratați pe baza suspiciunii.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PURPURA ȘI PETEȘIILE

## Privire de ansamblu

Purpura constă în apariția pe piele a unor pete de culoare roșie-violet care nu dispar la presiune. Când au diametrul < 1 cm se numesc peteșii; dacă diametrul este > 1 cm, poartă numele de echimoză. De obicei, pacientul ii spune medicului, printre altele, că „se învinețește ușor". Cele mai multe cazuri sunt normale, cauza fiind traumatisme ușoare uitate sau nemenționate.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Traumatism.
- Purpura senilă.
- Boli hepatice (în special ciroza alcoolică).
- Creșterea presiunii intravasculare (de exemplu, tuse, vărsături, gravitațională).
- Medicamente (de exemplu, steroizi, warfarină, aspirină).

OCAZIONALE

- Vasculită (de exemplu, purpura Henoch-Schönlein, boli de țesut conjunctiv).
- Trombocitopenie, de exemplu: purpura trombocitopenică idiopatică (PTI), lezarea măduvei hematopoietice (de exemplu, limfom, leucemie, citotoxice), anemia aplastică.
- Insuficiență renală.
- Endocardita infecțioasă.

RARE

- Paraproteinemii (de exemplu, crioglobulinemia).
- Tulburări de coagulare ereditare (de exemplu, hemofilia, boala Christmas, boala von Willebrand).
- Infecții (de exemplu, septicemia meningococică, febra pătată a Munților Stâncoși).
- Deficiența de vitamină C și K.
- Coagulare intravasculară diseminată (CID).
- Malformații congenitale ale pereților vasculari (de exemplu, sindromul Ehler-Danlos).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Traumatism* | *Purpura senilă* | *Boli hepatice* | *Creșterea presiunii intravasculare* | *Medicamente* |
|---|---|---|---|---|---|
| Echimoze dureroase | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Spontane | Nu | Posibil | Da | Nu | Da |
| Extinse | Nu | Da | Da | Nu | Da |
| Recurente | Nu | Da | Da | Nu | Posibil |
| Peteșii | Posibil | Nu | Nu | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, INR (dacă pacientul urmează tratament cu warfarină).
**Posibile:** TFH, uree și electroliți, teste de coagulare, electroforeză plasmatică.
**Rareori:** screening pentru boli autoimune, investigații suplimentare efectuate în spital (vezi mai jos).

- HLG cu formulă, VSH/PrCR: HLG cu formulă pentru trombocitopenie sau discrazie sangvină, VSH/PrCR și numărul de leucocite sunt crescute în discrazii sangvine, boli de țesut conjunctiv și infecții.
- TFH, uree și electroliți: pentru diagnosticul bolilor hepatice sau renale.
- INR: dacă pacientul urmează tratament cu warfarină.
- Screening pentru boli autoimune: dacă este posibil ca o boală de țesut conjunctiv să cauzeze vasculita.
- Teste de coagulare: pentru evaluarea funcției hemostatice: de exemplu, timp de sângerare, timp de protrombină, timp de tromboplastină parțial activată.
- Electroforeză plasmatică: pentru hipergamaglobulinemie, paraproteinemii și crioglobulinemie.
- Investigații suplimentare (de obicei, efectuate în spital): pentru evaluarea cauzei subiacente, de exemplu biopsie cutanată pentru confirmarea vasculitei; biopsie de măduvă hematopoietică pentru un posibil infiltrat medular.

### SUGESTII

- În cazul unui copil mic cu stare generală nemodificată, prezența de echimoze multiple, în stadii diferite, localizate pe membrele inferioare, și fără alte semne de tulburări de coagulare și abuz, sugerează o cauză nepatologică.
- Diagnosticul de purpură senilă se bazează pe anamneză și examinare fizică. Este necesară mai degrabă liniștirea pacientului decât investigarea.
- La un copil cu stare generală bună, câteva peteșii apărute pe sau în jurul pleoapelor pot fi cauzate de tuse puternică sau vărsături. Dacă istoricul este clar, explicați părinților cauza – dar accentuați faptul că apariția unei erupții identice în altă zonă necesită consultarea imediată a copilului.
- Distribuția purpurei furnizează indicii utile pentru diagnostic: la membrele inferioare: trombocitopatii, paraproteinemii, purpura Henoch-Schönlein sau septicemie meningococică; la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul degetelor – vasculită; purpura senilă și cea produsă de corticosteroizi se localizează pe dosul mâinii și brațe.

- Purpura cauzată de vasculită este palpabilă.

- Erupția din septicemia meningococică poate apărea înainte ca starea generală a copilului să se altereze. Dacă bănuiți că acesta ar putea fi diagnosticul, administrați penicilină și internați imediat copilul.
- Absența antecedentelor heredo-colaterale nu exclude o afecțiune sangvină ereditară gravă, care poate apărea și în mod spontan.
- Acordați mare atenție unui pacient cu purpură care este palid: este posibilă o afecțiune a măduvei hematopoietice. Recomandați-i să efectueze de urgență o HLG cu formulă sau internați-l.
- Întotdeauna examinați complet un copil care prezintă echimoze, neomițând zona genitală. Gândiți-vă la traumatismele neaccidentale.
- Dacă suspicionați o tulburare sangvină, nu faceți niciodată pacientului o injecție i.m.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PUSTULELE

## Privire de ansamblu

Pustulele sunt vezicule cutanate cu diametrul < 0,5 cm și care conțin un lichid de culoare galbenă. La cei mai mulți pacienți semnifică infecție; pentru că de obicei apar brusc, pacientul solicită o consultație în urgență. Deși pacienții se așteaptă să primească tratament antibiotic, nu este întotdeauna necesar, așa că fiți pregătit să le oferiți o explicație clară și o alternativă adecvată.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Impetigo.
- Alte infecții stafilococice (de exemplu, furuncul, foliculită, sicoza facială).
- Infecția cu Herpes simplex și zona zoster.
- Acneea vulgaris.
- Rozaceea.

OCAZIONALE

- Dematita periorală.
- Hidrosadenita supurativă (axilară și inghinală).
- Candidoză (veziculo-pustule satelite unor pete erodate care supurează).
- Psoriazis pustular (mai frecvent pe palme și plante decât psoriazisul pustular generalizat von Zambusch).

RARE

- Dermatita herpetiformă.
- Sindromul Behçet.
- Virale: varicela și dermatita pustuloasă contagioasă (*Notă*: varicela este veziculară, nu pustuloasă).
- Foliculita de jacuzzi (infecție superficială cu *Pseudomonas*).
- Induse de medicamente.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Impetigo* | *Alte infecții stafilococice* | *Infecția cu Herpes simplex sau zona zoster* | *Acneea vulgaris* | *Rozaceea* |
|---|---|---|---|---|---|
| Grupate sau unice | Posibil | Posibil | Da | Nu | Nu |
| Stafilococice | Da | Da | Nu | Nu | Nu |
| Recurente | Nu | Posibil | Posibil | Da | Da |
| Afectează ochii | Nu | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Parestezii anterioare apariției leziunii | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

Pentru această problemă sunt foarte puține investigații care s-au dovedit utile sau necesare în îngrijirea primară. În cazul unor leziuni candidozice sau stafilococice extinse sau recurente se evaluează sumarul de urină sau glicemia pentru a exclude diabetul zaharat; examenul bacteriologic al puroiului poate confirma un agent infecțios suspectat clinic, iar în cazurile foarte neclare, poate fi utilă o biopsie cutanată.

### SUGESTII

- Explicați pacientului natura problemei în infecțiile stafilococice recurente. Excludeți diabetul zaharat, examinați leziunile și asigurați pacientul că nu este vorba despre „igienă". Poate fi utilă o cură prelungită cu antibiotice.
- Întrebați pacientul despre tratamentul pe care și l-au aplicat singuri în cazul rozaceei și dermatitei periorale. Tratamentul cu steroizi topici poate agrava problema. Avertizați pacientul că starea se poate agrava înainte de a stopa tratamentul inadecvat.
- Papulele și pustulele periorale și perioculare, asociate cu un halou palid în jurul buzelor, sunt caracteristice dermatitei periorale.

- Leziunile stafilococice extinse, severe și recurente sugerează diabetul zaharat sau o posibilă imunosupresie.
- Psoriazisul pustular localizat poate fi foarte rezistent la tratamentele standard, deci în cele mai multe cazuri trimiteți pacientul la medicul specialist. Forma generalizată este foarte rară, dar extrem de gravă: internați urgent pacientul.
- Problemele oculare din rozacee pot fi complicate și supărătoare: trimiteți pacientul la medicul oftalmolog.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TORACE

**Dispneea acută**

**Dispneea cronică**

**Durerea toracică**

**Hemoptizia**

**Palpitațiile**

**Tusea**

Scanned with OKEN Scanner

# DISPNEEA ACUTĂ

## Privire de ansamblu

Dispneea sau lipsa acută de aer este un simptom care îngrozește pacientul și senzația subiectivă de scurtare a respirației nu este în mod previzibil legată de tipul sau gradul afecțiunii cauzatoare. Acest lucru, asociat cu faptul că etiologia este în majoritatea cazurilor organică, face obligatorie evaluarea minuțioasă și urgentă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Astmul bronșic.
- Pneumonie.
- IVS acută.
- Exacerbare acută a BPOC.
- Hiperventilație.

OCAZIONALE
- Pneumotorax.
- Embolie pulmonară.
- Pleurezie.
- Cetoacidoză diabetică.
- Colaps lobar (tumoră).

RARE
- Pneumonie de aspirație.
- Sindrom Guillain-Barré.
- Șoc hipovolemic.
- Șoc pulmonar (sindrom de detresă respiratorie a adultului).
- Obstrucție laringiană.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Astm bronșic* | *Pneumonie* | *IVS* | *Exacerbarea BPOC* | *Hiperventilație* |
|---|---|---|---|---|---|
| Flegmă purulentă | Posibil | Da | Nu | Da | Nu |
| Crepitante groase | Nu | Da | Nu | Da | Nu |
| Respirație șuierătoare bilaterală | Da | Nu | Posibil | Da | Nu |
| Crepitante fine, bilaterale | Nu | Nu | Da | Posibil | Nu |
| Intrarea aerului redusă focal | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

În cazul dispneei acute, este foarte puțin probabil ca MF să inițieze orice fel de investigații. Dacă pacientul cu dispnee acută are o stare generală alterată – sau diagnosticul este suficient de obscur – pentru a justifica investigațiile, atunci pacientul trebuie internat în spital. Prin urmare, următoarele investigații se referă la acele puține cazuri în care pacientul se simte destul de bine, diagnosticul neclar și scenariul nu sunt atât de grave încât să fie necesară internarea imediată.

- Examenul de urină: glucoză și cetone în cetoacidoza diabetică; se confirmă cu stick-testul de glicemie.
- Culturi din sputa: sunt utile ocazional în procesele infecțioase care nu necesită tratament empiric de primă linie.
- HLG: numărul de leucocite crește în infecții; anemia poate fi o constatare accidentală semnificativă.
- Puls-oximetria (dacă este disponibilă): hipoxia sugerează o problemă gravă.
- Radiografia pulmonară este un test esențial pentru evaluare, dar de obicei se efectuează după internarea în spital.
- Alte investigații (de exemplu, gazele sangvine și scanare ventilație-perfuzie) pot fi necesare pentru stabilirea diagnosticului, dar vor fi cerute de echipa de medici din spital.

### SUGESTII

- Dacă diagnosticul pare să fie hiperventilația, sfătuiți pacientul să respire într-o pungă de hârtie în timp ce vă așteaptă pe dumneavoastră. Această acțiune poate stopa atacul până ajungeți dumneavoastră.
- Dispozitivele spacer pot fi la fel de eficiente ca și nebulizatoarele în tratamentul exacerbărilor acute ale astmului bronșic și sunt mai practic de folosit atunci când sunteți de gardă.
- Dispneea brusc instalată în timpul nopții la un pacient vârstnic este cel mai probabil cauzată de IVS; nu uitați că aceasta poate fi precipitată de un infarct miocardic.

Scanned with OKEN Scanner

- Cianoza este un semn grav care impune chemarea ambulanței și administrarea de oxigen cât mai urgent posibil.
- Prezența retracției intercostale și utilizare mușchilor respiratori accesori indică insuficiență respiratorie indiferent de etiologie. Pacientul trebuie internat în spital.
- Starea de confuzie acută asociată cu dispneea indică hipoxemie severă, tulburare metabolică sau septicemia. Pacientul trebuie internat de urgență în spital.
- Nu uitați că pneumotoraxul este frecvent la pacienții astmatici – aveți în vedere acest diagnostic dacă un pacient cu astm bronșic devine brusc dispneic.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DISPNEEA CRONICĂ

## Privire de ansamblu

Dispneea este definită ca respirație dificilă. Învățământul medical tinde să se concentreze asupra patologiilor individuale; cu toate acestea, în practică există o suprapunere între mai multe cauze ce contribuie la această problemă și uneori diagnosticul poate fi pus doar după studii terapeutice de tratament.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Obezitate/lipsa condiției fizice.
- Boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).
- Anemie.
- Insuficiență cardiacă congestivă (ICC).
- Astm bronșic.

OCAZIONALE

- Bronșiectazie.
- Embolie pulmonară recidivantă.
- Carcinom bronșic cu colaps lobar.
- Pleurezie.
- Stenoză aortică.
- Hiperventilație cronică.

RARE

- Hernie hiatală largă.
- Alveolită fibrozantă.
- Boală cardiacă congenitală nediagnosticată.
- Afecțiuni neurologice: boală de neuron motor și distrofii musculare.
- Sarcoidoză.
- Alveolită alergică extrinsecă (boala crescătorului de păsări etc.).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Obezitate/lipsa condiției fizice* | *BPOC* | *Anemie* | *ICC* | *Astm bronșic* |
|---|---|---|---|---|---|
| Agravată în ortostatism | Posibil | Nu | Nu | Da | Nu |
| Edemul gleznelor | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Tuse | Nu | Da | Nu | Da | Da |
| Spută abundentă | Nu | Da | Nu | Da | Posibil |
| Paloare | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** radiografie toracică, HLG cu formulă.
**Posibile:** peakflowmetrie, uree și electroliți, TFH, VSH/PrCR, BPN, ECG, spirometrie.
**Rareori:** CT, scanare ventilație/perfuzie, puncție pleurală, ecocardiogramă, testul Kveim, gaze sangvine.

- Radiografie toracică: singura investigație utilă; poate evidenția multe dintre cauzele enumerate.
- HLG este esențială pentru evidențierea anemiei; VSH/PrCR sunt crescute în carcinom, inflamație și infecție.
- Uree, electroliți și TFH: funcția renală afectată poate contribui la instalarea ICC; TFH pot arăta semne ale carcinomului metastazat.
- Variabilitatea peakflowmetriei expiratorii în astm; teste funcționale pulmonare complete (spirometrie) sunt utile pentru diagnosticul BPOC și al altor afecțiuni pulmonare.
- ECG: dacă este normal, ICC este puțin probabilă.
- BNP: poate fi crescut în insuficiența cardiacă.
- Pentru cazurile mai dificile se recomandă internarea în spital unde se vor efectua: CT sau scanări V/P (de exemplu, pentru bronșiectazie sau embolie pulmonară), puncție pleurală (diagnostică și terapeutică pentru pleurezie), ecocardiografie (pentru valvulopatii cardiace și evaluarea funcției ventriculare stângi), testul Kveim (pentru sarcoidoză) și analiza gazelor sangvine.rstă mijlocie

## SUGESTII

- Insuficiența cardiacă poate apărea ca o complicație a BPOC. Amintiți-vă această posibilitate dacă un pacient cu BPOC prezintă agravarea treptată a dispneei, care nu este ameliorată de tratamentul standard.
- Dispneea la pacienții vârstnici poate fi multifactorială și dificil de diagnosticat chiar după investigații. Nu subestimați valoarea trialurilor terapeutice, de exemplu o cură de corticosteroizi pentru un posibil astm bronșic sau reversibilitatea potențială a BPOC.
- La adultul tânăr sau de vârstă mijlocie, dispneea și tulburările de vorbire se agravează la stres sau fără un pattern clar definit – în special dacă pacientul nu are în mod obișnuit probleme la efort – și sunt cauzate cel mai probabil de hiperventilație.

Scanned with OKEN Scanner

- Scăderea în greutate și degetele hipocratice asociate cu dispneea sugerează cancerul bronșic, deși este posibilă și bronșiectazia – efectuați rapid o radiografie toracică.
- Wheezing-ul poate fi prezent în insuficiența cardiacă, dar crepitațiile lipsesc. Căutați alte semne de ICC la pacienții vârstnici, luând în considerare investigarea și tratamentul adecvate.
- Nu uitați că etiologiile acute pot apărea oricând: de exemplu, aveți grijă la pneumotorax în cazul unui pacient cu astm bronșic.
- Insuficiența cardiacă are un prognostic nefavorabil; căutați cauzele subiacente (de exemplu, hipertensiunea arterială) și aveți în vedere ecocardiografia pentru a începe tratamentul cu inhibitori ECA.
- Nu omiteți anemia ca posibilă cauză – contrar credinței populare, aceasta poate cauza mai degrabă dispnee decât stare de oboseală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

- Scăderea în greutate și degetele hipocratice asociate cu dispneea sugerează carcinomul bronșic, deși este posibilă și bronșiectazia – efectuați rapid o radiografie toracică.
- Wheezing-ul poate fi prezent în insuficiența cardiacă, dar crepitațiile lipsesc. Căutați alte semne de ICC la pacienții vârstnici, luând în considerare investigarea și tratamentul adecvate.
- Nu uitați că etiologiile acute pot apărea oricând: de exemplu, aveți grijă la pneumotorax în cazul unui pacient cu astm bronșic.
- Insuficiența cardiacă are un prognostic nefavorabil; căutați cauzele subiacente (de exemplu, hipertensiunea arterială) și aveți în vedere ecocardiografia pentru a începe tratamentul cu inhibitori ECA.
- Nu omiteți anemia ca posibilă cauză – contrar credinței populare, aceasta poate cauza mai degrabă dispnee decât stare de oboseală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# DUREREA TORACICĂ

## Privire de ansamblu

Durerea toracică acută este o acuză frecvent întâlnită în practica medicală: ea poate genera mai multă adrenalină MF decât pacientului. În pofida unei multitudini de cauze, o bună abordare clinică de bază va determina diagnosticul în aproape toate cazurile, cu mult înainte ca orice investigație necesară să fie finalizată.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Angina pectorală/IM.
- BRGE.
- Stare de anxietate (sindromul Da Costa).
- Întindere musculară.
- Sindromul Tietze (costocondrită).

OCAZIONALE
- Pleurezie.
- Ulcer peptic.
- Colică biliară.
- Zona zoster.
- Mastită.
- Boala Borholm.

RARE
- Infarct pulmonar.
- Cardiomiopatia obstructivă hipertrofică.
- Pericardită.
- Fracturi costale.
- Miocardită.
- Pneumotorax.
- Anevrism aortic disecant.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Angina pectorală* | *BRGE* | *Anxietate* | *Întindere musculară* | *Sindrom Tietze* |
|---|---|---|---|---|---|
| Agravată de efort | Da | Posibil | Posibil | Posibil | Posibil |
| Agravată în clinostatism | Nu | Da | Posibil | Nu | Nu |
| Ameliorată de repaus | Da | Posibil | Posibil | Da | Posibil |
| Sensibilitate toracică | Nu | Nu | Posibil | Da | Da |
| Tumefacție în punctul dureros | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** ECG.
**Posibile:** HLG cu formulă, radiografie toracică, test de stres, EGD, ecografie abdominală.
**Rareori:** teste pentru *Helicobacter pylori*, evaluare cardiologică suplimentară, scanare ventilație-perfuzie (ultimele două se efectuează în spital).

- ECG: poate evidenția ischemie cardiacă, pericardită sau embolie pulmonară.
- Teste de stres: pentru a confirma ischemia cardiacă.
- HLG cu formulă: numărul de leucocite este crescut în pleurezie și poate crește în sindromul Tietze.
- Radiografia toracică: poate evidenția infecție toracică, fractură de coaste, boală cardiacă, cardiomiopatie sau pneumotorax.
- Ecografia abdominală: pentru a verifica dacă sunt prezenți calculi biliari.
- EGD: pentru a confirma ulcerul peptic sau esofagita.
- Teste pentru *Helicobacter*: utile în prezența ulcerului duodenal.
- Evaluare cardiologică suplimentară (în spital): enzime cardiace, angiografie sau alte investigații – se efectuează în funcție de simptome și de rezultatele testelor de stres.
- Scanare ventilație-perfuzie (în spital): pentru a confirma infarctul pulmonar.

### SUGESTII

- Anamneza este importantă, ea stând la baza punerii diagnosticului. Cu excepția situațiilor evidente de urgență, analizați cu atenție informațiile.
- Dacă sunteți suficient de îngrijorat pentru a efectua un ECG de urgență, atunci ar trebui să luați în considerare dacă pacientul necesită într-adevăr o opinie medicală de urgență sau internare în spital.
- Folosirea mâinii pacientului pentru descrierea intensității durerii poate oferi indicii foarte utile: un pumn încleștat pe piept este îngrijorător; un singur deget care indică punctul dureros – mult mai puțin.
- Durerea musculoscheletică și pleurezia determină durere toracică la inspirație profundă, dar prima este însoțită de obicei și de sensibilitate musculară sau costală.
- Recomandați pacientului să vă contacteze atunci când problema persistă sau se agravează.
- Dacă aveți dubii, acționați în condiții de siguranță: administrați pacientului o aspirină (dacă nu este alergic) și internați-l în spital.

Scanned with OKEN Scanner

- Trimiteți de urgență pacientul la spital dacă simptomele sugerează în mod clar un infarct miocardic (via telefon dacă este necesar).
- O electrocardiogramă normală nu exclude un infarct miocardic. Dumneavoastră tratați pacientul, nu testul.
- Simptomele unei afecțiuni reale și semnificative pot fi ascunse de diferite simptome de anxietate care decurg din aceasta. Trebuie să faceți distincția între acestea.
- Efectuarea de teste inutile atunci când diagnosticul este clar anxietate este de natură să agraveze situația.
- Dacă diagnosticul rămâne neclar, examinați abdomenul, în special în caz de sensibilitate epigastrică importantă.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# HEMOPTIZIA

## Privire de ansamblu

Invariabil, pacienții consideră acest simptom relativ rar întâlnit în cabinetul MF ca fiind ceva grav. În practică locul de origine a sângelui poate să nu fie imediat evident: de multe ori, sânge care provine din cavitatea nazală sau faringe se poate elimina prin tuse (hemoptizie falsă), fiind descris ca „tuse cu sânge".

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Infecție toracică.
- Embolie pulmonară (EP).
- Carcinom bronhogenic.
- Edem pulmonar.
- Tuse prelungită.

OCAZIONALE
- Bronșiectazie.
- Stenoză mitrală.
- Poliarterită nodoasă.
- Tuberculoză.
- Tumoră laringiană sau traheală.

RARE
- Asociată cu LES.
- Aspergiloză.
- Sindromul Goodpasture.
- Contuzie traumatică.
- Malformații arteriovenoase pulmonare (50% dintre acestea se asociază cu telangiectazia hemoragică ereditară).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Infecție toracică* | *EP* | *Carcinom bronhogenic* | *Edem pulmonar* | *Tuse prelungită* |
|---|---|---|---|---|---|
| Spută purulentă | Da | Nu | Posibil | Nu | Posibil |
| Spută spumoasă, de culoare roz | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Semne toracice | Da | Posibil | Posibil | Posibil | Nu |
| Dispnee | Da | Da | Posibil | Da | Nu |
| Febră | Da | Posibil | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** radiografie toracică.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, screening pentru autoanticorpi, examenul sputei.
**Rareori:** bronhoscopie, scanare ventilație/perfuzie, ecocardiogramă, alte teste imagistice toracice (de exemplu, CT).

- Radiografie toracică: este singurul test valoros pentru identificarea majorității cauzelor enumerate.
- Examenul microbiologic al sputei: este util pentru detectarea bacililor acido-alcoolo-rezistenți (TBC).
- HLG și VSH/PrCR: pentru anemie (IVS și neoplasm); numărul de leucocite crește in infecții; VSH/PrCR sunt crescute în neoplasm, infecții și afecțiuni inflamatorii.
- Screening pentru autoanticorpi: în suspiciune de boală de țesut conjunctiv.
- Teste efectuate în spital: în funcție de etiologie, medicul specialist poate recomanda o varietate de alte investigații, de exemplu, bronhoscopie, scanare ventilație/perfuzie, CT și ecocardiografie

## SUGESTII

- La un pacient tânăr, hemoptizia este cauzată cel mai probabil de tusea puternică. Dacă este așa și hemoptizia este minoră, nu creați și mai multă îngrijorare pacientului trimițându-l la radiografie pulmonară.
- Anamneza trebuie să fie minuțioasă. Terminologia utilizată de pacient poate crea confuzie între hemoptizie și hematemeză.
- Nu uitați că majoritatea pacienților – în special fumători – cred că hemoptizia reprezintă un semn de cancer. Liniștiți pacientul atunci când este cazul, dar investigați timpuriu cazurile suspecte, oferind o explicație adecvată privind trimiterea la examenul radiologic pulmonar și făcând aranjamentele necesare pentru monitorizare.

Scanned with OKEN Scanner

- Orice pacient fumător care prezintă o hemoptizie masivă trebuie să efectueze o radiografie toracică – în mod special dacă prezintă și alte semne și simptome îngrijorătoare, de exemplu, dispnee, scădere în greutate, tuse persistentă sau degete hipocratice.
- Embolia pulmonară produce apariția bruscă a dispneei cu durere pleuritică. Aveți în vedere acest diagnostic în cazul în care nu există o altă explicație evidentă pentru aceste simptome, în special dacă pacientul prezintă și tahicardie. Semnele de TVP pot apărea mai târziu sau, uneori, niciodată.
- Incidența TBC este în creștere; de aceea, aveți în vedere acest diagnostic în cazul pacienților vârstnici, al imigranților și al persoanelor fără locuință. Adeseori poate fi confundată cu un cancer.
- Dacă hemoptizia persistă, trimiteți pacientul la medicul specialist chiar dacă radiografia toracică este normal – unele leziuni nu apar pe radiografie sau se pot dezvolta numai după un anumit timp. Sunt necesare investigații suplimentare.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# PALPITAȚIILE

## Privire de ansamblu

Palpitațiile reprezintă o cauză destul de frecventă de prezentare la MF, uneori apărând izolat, dar cel mai adesea asociate cu alte simptome. Pacienții folosesc termenul „palpitații" pentru a descrie o multitudine de senzații și este foarte important ca MF să stabilească exact ce înseamnă. Cauzele cardiace sunt rare; anxietatea față de o problemă cardiacă și anxietatea ca etiologie a acestui simptom sunt comune.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Anxietate (creșterea gradului de conștientizare a bătăilor cardiace normale).
- Tahicardie sinusală (de exemplu, stres, febră, efort fizic).
- Extrasistole atriale.
- Extrasistole ventriculare.
- Tahicardie supraventriculară (TSV).

OCAZIONALE

- Tireotoxicoză (combinație de tahicardie sinusală și creșterea gradului de conștientizare chiar în cazul în care extrasistolele ventriculare sunt absente).
- Menopauza (din cauza vasodilatației bruște).
- Fibrilația atrială (FA – cauze variate, de exemplu, BCI, valvulopatie mitrală, consum de alcool).
- Iatrogenic (de exemplu, digoxin, nifedipină).
- Flutter atrial.

RARE

- Bloc cardiac (în special în cazul modificării blocului).
- Sindromul sinusului bolnav.
- Abuz de droguri.
- Tahicardie ventriculară (TV).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Anxietate* | *Tahicardie sinusală* | *Extrasistole atriale* | *Extrasistole ventriculare* | *TSV* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Posibil | Nu | Posibil | Posibil | Da |
| „Inima o ia la goană" | Da | Da | Nu | Nu | Da |
| „Senzație de pauză în activitatea cardiacă" | Posibil | Nu | Da | Da | Nu |
| Boală cardiacă subiacentă | Nu | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Frecvență/ritm anormal în timpul unui episod | Nu | Da | Da | Da | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** ECG, TFT.
**Posibile:** uree și electroliți, ECG pe 24 de ore sau monitorizare Holter.
**Rareori:** investigații suplimentare pentru stabilirea cauzei subiacente.

- ECG: poate arăta o aritmie, boală cardiacă ischemică sau sindrom Wolff-Parkinson-White.
- TFT: tireotoxicoza poate determina palpitații sau exacerba alte cauze.
- Uree și electroliți: tulburările electrolitice pot precipita sau agrava unele aritmii.
- ECG pe 24 de ore sau monitorizare Holter: pentru a furniza dovezi electrocardiografice ale aritmiei.
- Investigații suplimentare pentru stabilirea cauzei subiacente: de exemplu, test de stres pentru boala cardiacă ischemică, ecocardiografie pentru valvulopatii.

### SUGESTII

- Faceți o anamneză minuțioasă, percepția pacientului despre „palpitații" fiind diferită mult de a dumneavoastră.
- În cazurile paroxistice, efectuați o ECG în urgență.
- Pacienții pot fi învățați cu ușurință să-și măsoare propriul puls, deoarece ratele pulsului sunt utile pentru diagnostic.
- Majoritatea pacienților care prezintă palpitații se tem de o afecțiune cardiacă, iar această stare de anxietate agravează simptomele. Liniștiți pacientul când este posibil.

Scanned with OKEN Scanner

- Extrasistolele ventriculare multiple sau multifocale sugerează o boală cardiacă ischemică gravă – și pot anunța o TV sau fibrilație dacă urmează unui infarct.
- Debutul brusc al unei tahicardii la un pacient tânăr cu dispnee, amețeli, durere toracică și poliurie sugerează TSV.
- Pacienții care se plâng de palpitații și care sunt în FA au cel mai probabil o FA paroxistică sau recent instalată, cu risc semnificativ crescut de embolie sistemică. Trimiteți urgent pacientul la medicul specialist pentru tratament anticoagulant.
- Nu uitați că digoxinul poate agrava, dar și rezolva unele aritmii.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TUSEA

## Privire de ansamblu

Tusea este un simptom întâlnit deosebit de frecvent în cabinetul MF. Câteodată este suficientă o discuție atentă cu pacientul, o abordare empatică, crearea unei legături cu părinții și copiiii care se prezintă la cabinet. Luați părinții în serios: tusea nocturnă distruge somnul și liniștea familiei. Stabiliți un plan de urmărire pentru acești pacienți și veți obține bune rezultate, mai ales la aceia la care tusea este simptomul unei patologii serioase, indiferent de vârstă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- IACRS.
- IACRI.
- Astm bronșic.
- Rinită/sinuzită cronică.
- BRGE.

OCAZIONALE
- Boala pulmonară obstructivă cronică.
- Fumatul (inclusiv pasiv).
- Tumorile pulmonare (primare sau metastaze).
- IVS.
- Efect secundar al IECA.
- Bronșiectazie.
- Tuse psihogenă.

RARE
- Dop de cerumen sau corp străin în canalul auditiv extern.
- Boală pulmonară interstițială (de exemplu, alveolită, radioterapie, sarcoidoză)
- Corp străin inhalat.
- Tuberculoză.
- Fibroză chistică.
- Tumoră laringiană.
- Iritație diafragmatică (de exemplu, abces).



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | IACRS | IACRI | Astm bronșic | Rinită | BRGE |
|---|---|---|---|---|---|
| Agravare matinală | Da | Da | Posibil | Posibil | Posibil |
| Sezonier | Posibil | Posibil | Posibil | Da | Nu |
| Febră | Posibil | Da | Nu | Nu | Nu |
| Semne toracice la examinare | Nu | Da | Posibil | Nu | Posibil |
| Semne radiologice toracice | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |

## Investigații

**Necesare:** cel mai adesea nu este cazul.
**Posibile:** HLG cu formulă, VSH/PrCR, radiografie toracică, teste funcționale pulmonare, investigații cardiace.
**Rareori:** testul sudorii.

- HLG: Hb scade în tumori și boli cronice, numărul de leucocite crește în infecții, iar eozinofilia apare în afecțiuni alergice.
- PrCR/VSH sunt crescute în tumori și afecțiuni inflamatorii severe.
- Peakflowmetrie (PEFR): de două ori pe zi, urmărită timp de o lună poate ajuta la diagnosticul de astm bronșic. Sunt utile și citirile ante- și postadministrare de bronhodilatator inhalator.
- Radiografie toracică: utilă în IACRI, corp străin inhalat, aspirație sau suspiciune de neoplasm.
- Probe funcționale respiratorii: cel mai bine sunt efectuate și interpretate de medicul specialist (cu excepția cazului în care sunteți interest în mod special sau aveți experiența necesară pentru aceste investigații). Aceste teste sunt utile pentru diagnosticul multor afecțiuni subiacente.
- Investigații cardiologice: ECG, peptidul natriuretic, ecocardiografia dacă suspicionați IVS.
- Testul sudorii: poate confirma fibroza chistică, în caz de suspiciune

## SUGESTII

- Educați părinții asupra măsurilor simple pe care trebuie să le aibă în vedere pentru combaterea tusei și evoluția acestui simptom la copii. Evitați prescrierea de medicamente dacă nu este necesar, pentru a nu stimula excesul de adresabilitate în viitor pentru patologii simple, autolimitante.
- Avertizați pacienții cu IACRS asupra tipurilor de simptome care necesită tratament specific, pentru a vă asigura de tratamentul corect al eventualelor complicații sau pentru a evita solicitări viitoare în exces pentru patologii autolimitante.
- Faceți cu atenție anamneza în cazul tusei persistente și studiați cauzele acesteia. Aceste elemente sunt uneori mai valoroase decât însăși auscultația.
- Păstrați un prag scăzut pentru trimiterea la radiografie a pacienților fumători de vârstă mijlocie sau mai vârstnici; în schimb faceți o verificare rapidă a degetelor în astfel de cazuri (hipocratism digital).
- La copilul astmatic, tusea poate fi un semn de lipsă de control al simptomelor: verificați tratamentul, complianța și tehnică inhalării.

Scanned with OKEN Scanner

- Pacienții ignoră deseori un reflux nocturn. O probă terapeutică folosind un medicament antiacid poate stopa rapid tusea dacă BRGE este cauza acesteia.

- Nu uitați să întrebați despre călătoriile în străinătate. Pneumoniile atipice sau TBC sunt rare, dar este important să aflați dacă pacientul vine dintr-o zonă endemică.
- Atenție la tusea persistentă precum și la scăderea în greutate și schimbarea tonalității vocii unui fumător – trimiteți pacientul să efectueze o radiografie toracică pentru a exclude o tumoră malignă.
- Semnele postinhalare de corp străin pot mima IACRI. Suspectați acest lucru la vârstnici, pacienți imobilizați la pat și copii, mai ales dacă nu există semne sistemice de infecție.
- Corpii străini în conductul auditiv extern pot fi asimptomatici, de aceea examinați întotdeauna urechea externă, mai ales la copiii cu vârsta sub 5 ani, cărora le place să ascundă obiecte mici acolo.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# URECHE

**Otalgia**

**Otoreea**

**Surditatea**

**Tinitus**

Scanned with OKEN Scanner

# OTALGIA

## Privire de ansamblu

Otalgia este un motiv frecvent de solicitare a MF în afara orelor de program. Stresul părinților este de multe ori la fel de mare ca al copilului și un sfat adecvat poate face mult pentru a diminua acest lucru – chiar prin telefon. Cauzele otalgiei la adult sunt mult mai diverse ca la copil, putând proveni de la urechea externă, canalul auditiv, urechea medie și structurile învecinate (durere reflexă).

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Otită medie (OM) infecțioasă: bacteriană sau virală.
- Otită externă (OE) infecțioasă: bacteriană, fungică sau virală.
- Furuncul la nivelul canalului sau al pavilionului urechii.
- Traumatism (în special produs de bețișoare pentru urechi) și corp străin (inclusiv dop de cerumen).
- Afecțiuni ale gâtului: amigdalită/faringită/abces.

OCAZIONALE

- Disfuncția articulației temporo-mandibulare.
- Abces dentar.
- Molar cu erupție dificilă.
- Nevralgie de trigemen.
- Eczemă/dermatită seboreică a canalului auditiv.
- Condrodermatită nodulară a pavilionului urechii.

RARE

- Mastoidită.
- Spondiloză cervicală.
- Colesteatom.
- Neoplasm.
- Barotraumă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *OM* | *OE* | *Furuncul* | *Traumatism* | *Afecțiuni ale gâtului* |
|---|---|---|---|---|---|
| Secreție | Posibil | Da | Posibil | Posibil | Nu |
| Durere la tracțiunea lobului și la apăsarea pe tragus | Nu | Da | Da | Posibil | Nu |
| Timpan roșu, bombat | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| Surditate | Da | Posibil | Nu | Posibil | Nu |
| Durere la deglutiție | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare.
**Posibile:** frotiu pentru examen bacteriologic.
**Rareori:** radiografia articulației temporo-mandibulare, a dinților și a osului mastoid, HLG cu formulă, test Paul-Bunnell.

- Frotiu pentru examen bacteriologic din canalul auditiv: dacă este prezentă o scurgere, după eșecul tratamentului empiric de primă linie.
- Radiografia osului mastoid: exclude mastoidita dacă este normală – de obicei este recomandată de medicul specialist.
- Radiografia articulației temporo-mandibulare și a dinților este de competența medicului stomatolog.
- HLG cu formulă și testul Paul-Bunnell: se efectuează dacă există suspiciune de mononucleoză infecțioasă.
- Alte investigații recomandate de medicul specialist sunt CT/RMN, singurele modalități adecvate (neinvazive) de investigare a urechii interne și a anatomiei osului temporal.

### SUGESTII

- Debriuri persistente în canalul auditiv extern împiedică vindecarea OE și pot masca posibile cauze subiacente. Toaleta auriculară este esențială.
- Atunci când apare durere la introducerea speculului în ureche, cel mai probabil diagnostic este otita externă sau furuncul.
- Nu uitați să întrebați pacientul despre un posibil traumatism – în special utilizarea de bețișoare pentru urechi, care pot determina inflamarea canalului auditiv și a timpanului, mimând o infecție.
- Durerea de urechi poate fi cumplită – nu subestimați necesitatea analgeziei adecvate în timp ce stabiliți și tratați cauza.

Scanned with OKEN Scanner

- Aveți în vedere diagnosticul de mastoidită dacă este prezentă o secreție urât mirositoare de mai mult de zece zile. Observați dacă timpanul este inflamat și pavilionul auricular este împins în jos.
- Nu vă grăbiți să puneți diagnosticul de otită medie la un copil – IACRS și plânsul prelungit pot determina o ușoară roșeață a timpanului. Prescrierea fără discernământ a antibioticelor poate duce la probleme iatrogenice sau poate masca diagnosticul real.
- Trebuie acordată atenție pacienților vârstnici cu otalgie care nu se ameliorează la tratament analgezic, neexplicată – trimiteți la medicul specialist pentru a exclude neoplasmul nazo-faringian.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# OTOREEA

## Privire de ansamblu

Otoreea este întâlnită frecvent la înotători sau la persoanele care au călătorit în zonele tropicale. Adeseori, este consecința apei blocate în spatele dopului de ceară în canalul auditiv, care se tumefiază și favorizează staza și infecția ulterioară. Majoritatea cazurilor se rezolvă cu tratament simplu, dar trebuie acordată atenție cauzelor grave, dar rare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Furuncul.
- Otită medie supurată acută.
- Otită externă infecțioasă: virală, bacteriană sau fungică.
- Otită medie supurată cronică.
- Otită externă reactivă: dermatită seboreică, eczema, psoriazis.

OCAZIONALE
- Colesteatom.
- Traumatism: frecvent din cauza tentativelor de curățare prea viguroasă a canalului auditiv.
- Miringită buloasă (otită externă hemoragică).
- Infecție din cauza prezenței unui corp străin (insecte, bile la copiii mici).
- Cerumen lichefiat în exces.

RARE
- Mastoidită.
- Osteită necrozantă a inelului timpanic.
- Carcinom scuamos sau cu celule bazale (rar) al CAE.
- Keratoză obturantă (aglomerare de cerumen și epiteliu descuamat anormal: se asociază cu bronșita cronică și bronșiectazia).
- Zona zoster auriculară.
- Otoree cu LCR.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Furuncul* | *OM* | *OE infecțioasă* | *OM cronică* | *OE reactivă* |
|---|---|---|---|---|---|
| Nedureroasă | Nu | Nu | Posibil | Da | Posibil |
| Alte afecțiuni cutanate | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Tragus sensibil | Da | Nu | Da | Nu | Da |
| Timpan perforat | Nu | Da | Nu | Da | Nu |
| Surditate ipsilaterală | Nu | Da | Posibil | Da | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** frotiu pentru examen bacteriologic, examen de urină.
**Rareori:** radiografie craniană/mastoid, CT sau RMN, audiometrie.

- Frotiu din scurgerea otică: pentru ghidarea tratamentului în cazurile refractare.
- Examenul urinei pentru dozarea glucozei: pentru a exclude diabetul zaharat dacă infecția este recurentă (în special furuncul).
- Radiografia procesului mastoid: aspect voalat al celulelor aeriene mastoidiene în mastoidită.
- CT sau RMN: reprezintă cea mai bună tehnică de investigare a posibilei invazii a osului temporal de către un neoplasm sau colesteatom.
- Audiometria este necesară pentru evaluarea surdității inițiale în OM cronică, astfel încât să poată fi măsurată ameliorarea acesteia după tratamentul chirurgical definitiv.
- Radiografia craniană: poate arăta fractura de fosă craniană mijlocie în otoreea cu LCR (otolicvoree) (se efectuează în spital după un traumatism grav).

## SUGESTII

- Adesea, otita externă recidivează: pentru a nu apărea probleme ulterioare, sfătuiți pacientul să evite intrarea apei în urechi și folosirea de bețișoare pentru curățarea urechilor. De asemenea, tratați orice afecțiune cutanată subiacentă.
- În prezența unei secreții otice, durerea produsă la mișcarea tragusului sugerează otita externă sau furunculul. În cazul otitei, pacientul prezintă mai degrabă prurit și nu durerea auriculară.
- Multe dintre cazurile de otită externă și medie se rezolvă cu tratament empiric și nu necesită examen bacteriologic. Se investighează doar în cazul în care nu răspunde la tratamentul de primă linie.
- Dacă diagnosticul este incert, monitorizați pacientul după tratamentul inițial prin examinarea timpanului; dacă secrețiile persistente împiedică acest lucru trimiteți pacientul la medicul specialist din ambulatoriu pentru toaletă auriculară și investigații suplimentare.

Scanned with OKEN Scanner

- Căldura, sensibilitatea și tumefacția deasupra procesului mastoid sugerează mastoidita; pacientul se internează de urgență.
- Dacă secreția nu se rezolvă după administrarea de antibiotic, se efectuează toaleta auriculară (aspirația detritusurilor) pentru a grăbi vindecarea și a exclude o boală gravă a urechii medii.
- Foarte rar, infecția urechii medii însoțită de secreție poate progresa central, producând meningită sau abces cerebral; de aceea, orice pacient cu secreții otice care devine confuz sau prezintă semne neurologice trebuie trimis urgent la spital.
- Administrarea de picături auriculare cu aminoglicozid sau polimixină în prezența unui timpan perforat crește riscul de ototoxicitate (deși unii specialiști recomandă picături chiar în prezența perforației timpanice). Recomandați picături potențial ototoxice doar când sunteți absolut sigur de diagnostic.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# SURDITATEA

## Privire de ansamblu

Surditatea este un simptom frustrant. La copii determină dificultăți educaționale și îngrijorarea părinților. La adulți, fiecare zi este plină de dificultăți, putându-se produce stigmatizarea persoanei respective.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Dop de cerumen.
- Otită medie (OM).
- Otită externă (OE).
- Otită medie seroasă/disfuncția trompei lui Eustachio.
- Presbiacuzie (surditate senilă).

OCAZIONALE

- Boala Ménière.
- Otoscleroza.
- Lezarea cohleei prin zgomot.
- Barotraumă.
- Nevrită virală de acustic.
- Polipi nazali mari sau tumoră nazo-faringiană.
- Medicamente: supradozare de streptomicină, gentamicină, aspirină.

RARE

- Afecțiuni vasculare (hemoragie, tromboza vaselor cohleare).
- Neurinom de acustic.
- Deficiență de vitamină $B_{12}$.
- Cauze SNC (de exemplu, scleroză multiplă, carcinom cerebral secundar).
- Colesteatom.
- Boala Paget.
- Traumatism (de exemplu, lezarea timpanului sau a oscioarelor).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Dop de cerumen* | *OM* | *OE* | *Otită medie seroasă/ disfuncția TE* | *Presbiacuzie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durere | Posibil | Da | Da | Nu | Nu |
| Durere la tracțiunea lobului urechii | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |
| Scurgere la nivelul CAE | Posibil | Posibil | Da | Nu | Nu |
| Surditate de conducere | | Da | Da | Da | Nu |
| Nivel lichidian la nivelul timpanului | Nu | Nu | Posibil | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** (la copil) audiogramă și timpanometrie.
**Posibile:** examen bacteriologic.
**Rareori:** HLG/nivelul vitaminei $B_{12}$, radiografie craniană, investigații imagistice suplimentare.

- Audiometria: cuantifică pierderea auzului și ajută la diagnosticul diferențial între surditatea senzorineurală și de conducere.
- Timpanometria: măsoară complianța timpanului. Prezența de lichid în urechea medie aplatizează curba complianței.
- Examen bacteriologic al secreției auriculare: scurgerea auriculară poate fi analizată pentru a ghida tratamentul în otita externă refractară.
- HLG/nivelul vitaminei $B_{12}$: pentru a confirma deficiența de vitamină HLG/nivelul vitaminei $B_{12}$.
- Radiografie craniană: pentru boala Paget.
- Alte teste imagistice: de exemplu, CT sau RMN sunt recomandate de medicul specialist în cazul suspiciunii de neurinom de acustic, scleroză multiplă sau patologie cerebrală.

### SUGESTII

- Luați părinții în serios dacă suspectează că fiul lor este are tulburări de auz. Otita exsudativă nu are semne fizice, diagnosticul bazându-se pe timpanometrie.
- Avertizați pacienții cu otită medie că auzul va reveni complet la normal în câteva săptămâni – veți evita astfel plângerile de tipul „antibioticele nu au avut rezultate".
- În cazul în care nu există semne alarmante imediat și nici antecedente de boală otică gravă, pare rezonabil să se amâne anamneza minuțioasă și examenul clinic – mai degrabă examinați canalele auditive. Dacă diagnosticul este un dop de cerumen, recomandați o spălătură otică. Evaluarea mai multor detalii este necesară doar când spălătura otică nu rezolvă problema.
- Reamintiți-vă cum se efectuează și interpretează testele Rinne și Weber – sunt teste foarte valoroase pentru evaluarea cazurilor mai puțin simple.

Scanned with OKEN Scanner

- Dacă este vorba de o surditate neurosenzorială progresivă nu omiteți ca diagnostic neurinomul de acustic – în special dacă se asociază cu tinitus, vertij, semne sau simptome neurologice.
- O otită medie seroasă persistentă și neexplicată la un adult poate fi cauzată de un carcinom nazo-faringian – trimiteți pacientul la medicul specialist pentru examinarea urgentă a spațiului nazo-faringian.
- Surditatea neurosenzorială profundă, brusc instalată, este de obicei virală sau vasculară și necesită examinarea ORL în aceeași zi.
- Otoscleroza impune diagnostic precoce pentru ca tratamentul să fie eficient. Aveti în vedere acest diagnostic în cazul unei surdități de conducere neexplicată la un adult tânăr, în special dacă are antecedente heredo-colaterale de otoscleroză.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# TINITUS

## Privire de ansamblu

Tinitusul este definit ca senzația de zgomot în ureche sau cap, fiind descris adesea ca șuieratul unui ceainic, un motor în funcțiune sau sincron cu bătăile inimii. Ca fenomen de durată scurtă este foarte comun (adesea în IACRS) – aceste cazuri nu trebuie să se prezinte la MF.

Mult mai grav, tinitusul persistent apare la aproximativ 2% din populație. Este foarte separator și poate cauza depresie sau insomnie. Tinitusul obiectiv este foarte rar întâlnit.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Dop de cerumen.
- Surditate (20% dintre cazuri: leziune produsă de zgomot sau presbiacuzie).
- Otită medie supurată (de asemenea, infecție cronică și OM seroasă).
- Otoscleroză.
- Boala Ménière.

OCAZIONALE

- După un zgomot puternic (de exemplu, foc de armă).
- Traumatism cranian (în special fractură de bază de craniu).
- Erupție defectuoasă a molarului de minte și disfuncția articulației temporo-mandibulare.
- Medicamente: supradoză de aspirină, diuretice de ansă, aminoglicozide, chinină.
- Hipertensiunea arterială și ateroscleroza.

RARE

- Neurinom de acustic.
- Mioclonii ale palatului (detectabile în mod obiectiv).
- Fistulă arteriovenoasă și sufluri arteriale (detectabile în mod obiectiv).
- Anemie severă și insuficiență renală.
- Tumori ale glomusului jugular (detectabile în mod obiectiv).

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Dop de cerumen* | *Surditate* | *Otită medie* | *Otoscleroză* | *Boala Ménière* |
|---|---|---|---|---|---|
| Debut brusc | Da | Nu | Da | Nu | Posibil |
| Otalgie | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |
| Test Rinne pozitiv | Nu | Da | Posibil | Nu | Da |
| Vertij | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Da |
| Sunete de tonalitate înaltă | Nu | Posibil | Nu | Nu | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** nu sunt necesare investigații.
**Posibile:** timpanogramă, audiogramă, RMN (efectuate de obicei în condiții de spitalizare).
**Rareori:** HLG cu formulă, uree și electroliți, radiografie craniană, angiografie cerebrală (ultimele două se efectuează în condiții de spitalizare).

- HLG cu formulă, uree și electroliți: dacă se suspicionează anemie și insuficiență renală.
- Timpanogramă: pentru funcția urechii medii și pragul reflexului stapedian, iar audiograma evaluează în mod obiectiv pierderea auzului.
- Angiografia cerebrală: dacă se suspicionează o afecțiune vasculară.
- RMN: este cea mai sensibilă metodă pentru examinarea urechii interne și a leziunilor structurale ale craniului.
- Radiografia craniană: dacă se asociază cu un traumatism grav.

## SUGESTII

- Cei mai mulți dintre pacienți sunt speriați de diagnosticul de tinitus din cauza naturii lui potențial debilitante. Atunci când cauza tinitusului este clar autolimitantă sau remediabilă, liniștiți pacientul.
- Mențineți un prag scăzut pentru trimiterea la medicul specialist în caz de tinitus persistent. În timp ce s-ar putea să nu existe un tratament specific, acest lucru arată că luați problema în serios, vă asigurați că problemele remediabile nu vor fi ratate și s-ar putea să ofere pacientului acces la a putea lua singur decizii.
- Aveți în vedere reevaluarea unui pacient cu tinitus deoarece pot apărea simptome noi. De exemplu, tinitusul poate să preceadă cu luni sau chiar ani alte simptome în boala Ménière.

Scanned with OKEN Scanner

- Depresia în tinitus poate fi severă încât să ducă la suicid. Evaluați minuțios pacientul din punct de vedere psihologic și efectuați o probă cu antidepresive.
- Aveți în vedere otoscleroza la un pacient tânăr (15-30 de ani) cu surditate de transmisie persistentă – în special la cei cu antecedente heredo-colaterale. Diagnosticul timpuriu este important.
- Surditatea unilaterală progresivă asociată cu tinitus poate fi cauzată de un neurinom de acustic; se recomandă efectuarea unui RMN.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# URINAR

**Hematuria**

**Incontinența urinară**

**Nicturia**

**Polakiuria**

**Poliuria**

**Retenția urinară**

Scanned with OKEN Scanner

# HEMATURIA

## Privire de ansamblu

Prezența sângelui roșu-strălucitor în urină alarmează pacientul, care va solicita o programare de urgență. Hematuria poate fi detectată și la un test dipstick sau urocultură efectuate pentru o altă problemă sau în cursul unei evaluări de rutină. Aceste cazuri sunt adesea mai puțin îngrijorătoare, chiar și atunci când sunt prezentate pacientului, dar necesită evaluare completă și promptă.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- ITU.
- Tumoră de vezică urinară.
- Calcul renal/ureteral.
- Uretrită.
- Hipertrofie/carcinom de prostată.

OCAZIONALE
- Exerciții fizice foarte intense, jogging.
- Cancer renal.
- Cistită interstițială cronică.
- Tratament anticoagulant.
- Nefrită/glomerulonefrită.

RARE
- Tuberculoză renală.
- Boala rinichiului polichistic.
- Discrazii sangvine: trombocitopenie, hemofilie, siclemie.
- Endocardită infecțioasă.
- Schistosomiază (comună în alte țări).
- Traumatism.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *ITU* | *Tumoră de vezică urinară* | *Calculi* | *Uretrită* | *Hipertrofie/carcinom de prostată* |
|---|---|---|---|---|---|
| Hemoragie francă | Posibil | Posibil | Posibil | Nu | Posibil |
| Disurie | Da | Nu | Da | Da | Nu |
| Secreție uretrală | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Flux urinar scăzut | Nu | Posibil | Posibil | Nu | Da |
| Dureri lombare | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, HLG cu formulă, uree și electroliți.
**Posibile:** PSA, morfologia eritrocitelor, ecografie, radiografie abdominală simplă, UIV, cistoscopie.
**Rareori:** frotiu uretral, CT, examen citologic al urinei, biopsie renală, angiografie.

- Sumar de urină: puroi și nitriți în ITU, doar puroi în uretrită, TBC și tumoră de vezică urinară. Prezența proteinelor sugerează o afecțiune renală.
- Microscopia urinară și urocultura: pentru a stabili agentul patogen în infecții. De asemenea, se pot evidenția cilindri în boala renală.
- HLG cu formulă, uree și electroliți: pentru evaluarea funcției renale bazice și pentru anemie sau leucocitoză asociată; recomandați PSA – al cărui nivel este ridicat în cancerul de prostată.
- Frotiu uretral: pentru uretrită.
- Morfologia eritrocitelor urinare: este modificată în afecțiunile primare renale.
- Dacă hematuria nu este însoțită de durere, ecografia poate evidenția o tumoră renală sau rinichi polichistici; CT poate fi mai utilă.
- UIV este investigația de elecție dacă se suspicionează litiaza renală/ureterală (când se asociază durere); radiografia abdominală simplă este utilă după ce colica s-a remis (arată 90% dintre calculi). De asemenea, UIV este necesară dacă ecografia, radiografia abdominală simplă și cistografia sunt toate negative.
- Investigațiile specializate sunt: cistoscopia, examenul citologic urinar, biopsia renală și angiografia.

### SUGESTII

- Hematuria microscopică la o femeie aflată la menstruație, care nu prezintă simptome, poate fi ignorată temporar; se repetă sumarul de urină în mijlocul ciclului.
- Sunt multe cauze ale hematuriei false – uneori, sângele poate proveni din rect sau vagin. evaluați cu grijă fiecare caz și fiți pregătit să regândiți cazul dacă simptomele persistă, dar investigațiile urologice sunt negative.
- Unii pigmenți alimentari, sfecla și unele medicamente (de exemplu, nitrofurantoin) pot colora urina în roșu – confirmați hematuria prin sumar de urină pentru a scuti pacientul de teste inutile.

Scanned with OKEN Scanner

- În cazul unei hematurii microscopice cu morfologie anormală a eritrocitelor și/sau proteinurie se recomandă trimiterea pacientului la medicul nefrolog. Majoritatea celorlalte cazuri neexplicate necesită opinia unui medic urolog.

- Hematuria francă nedureroasă este un semn de prognostic nefavorabil, indicând un posibil neoplasm.
- Acordați mare atenție unei cistite recurente cu debut recent, asociată cu hematurie și apărută la un pacient vârstnic. Cauza subiacentă poate fi o tumoră de vezică urinară, în special dacă hematuria (micro- sau macroscopică) nu se rezolvă în urma tratamentului antiinfecțios.
- Tumorile renale se pot manifesta inițial sub forma unei colici renale, iar cheagurile de sânge în ureter pot avea aceleași efecte ca și calculii. Un indiciu util este Acela că sângerarea precede durerea.
- Dacă hematuria este masivă sau apare retenție de cheaguri, pacientul trebuie internat de urgență.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# INCONTINENȚA URINARĂ

## Privire de ansamblu

Incontinența urinară este definită ca urinare involuntară. Nu este un simptom comun de prezentare, jena având tendința să inhibe pacienții, dar este menționată în treacăt de către pacient sau notată de medic pe baza mirosului caracteristic pe care îl percepe atunci când vizitează la domiciliu un pacient vârstnic. Poate în viitor va fi declarată mai frecvent de către pacienți dacă i se va face mai multă publicitate în mass-media și dacă pacienții vor înțelege că pot fi ajutați în această ptrivință. Prevalența la femei este de aproximativ 10%, dar procentul este probabil mult mai mare în cadrul populației vârstnice.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Incontinență de efort (cu sau fără prolaps).
- Cistită infecțioasă.
- Instabilitatea detrusorului: idiopatic sau secundar altor probleme (de exemplu, AVC, demență, boala Parkinson).
- Obstrucția cronică a eliminării urinei (de exemplu, hipertrofia de prostată, stenoza gâtului vezicii, stenoza uretrală).
- Postprostatectomie (de obicei, este tranzitorie).

OCAZIONALE

- ITU cronică.
- Cistită interstițială.
- Calcul sau tumoră vezicală.
- Postiradiere sau postintervenție chirurgicală abdomino-pelviană.
- Fistulă: vezico-vaginală/uterine, uretero-vaginală (chirurgie sau cancer).
- Poliurie (orice cauză, de exemplu, diabet zaharat, diuretice – în special dacă se asociază cu imobilizare prelungită la vârstnici).

RARE

- Fractură post-pelviană (lezare directă a sfincterului cu sau fără afectare neurologică).
- Malformații congenitale: uretră scurtă, uretră largă, epispadias, ureter ectopic).
- Neuropatie senzorială (de exemplu, diabet zaharat și sifilis).
- Scleroză multiplă, siringomielie.
- Paraplegie, lezarea cozii de cal.
- Psihogenă.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Incontinență de efort* | *ITU* | *Instabilitatea detrusorului* | *Obstrucția eliminării urinei* | *Prostatectomie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Pattern de stres | Da | Nu | Nu | Posibil | Posibil |
| Pattern de urgență | Nu | Da | Da | Nu | Da |
| Pattern de eliminare | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |
| Disurie | Nu | Da | Nu | Nu | Posibil |
| Vezică palpabilă | Nu | Nu | Nu | Da | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** PSA, uree și electroliți, ecografie, UIV, studii de urodinamică, uroflowmetrie.
**Rareori:** glicemie, serologia sifilisului, cistoscopie, investigații neurologice.

- Sumarul de urină: pentru infecție și diabet zaharat.
- Urocultura: pentru a confirma infecția și a ghida tratamentul antibiotic.
- Glicemia și serologia sifilisului: pentru diabet sau sifilis ca posibilă cauză a neuropatiei.
- PSA: dacă la examenul fizic se decelează hipertrofia de prostată sau pacientul prezintă simptome de prostatism.
- Uree și electroliți: pentru evaluarea funcției renale în obstrucția cronică a fluxului urinar.
- Ecografie: este de ajutor în evaluarea neinvazivă a dimensiunilor rinichilor: poate sugera obstrucția fluxului urinar sau infecția cronică.
- UIV: este cel mai bun test pentru a vedea scleroza renală în ITU și anomaliile structurale, și pentru a evidenția prezența urinei reziduale; de asemenea, poate localiza sediul obstrucției și al fistulei.
- Investigațiile specializate: studii de urodinamică (pentru a face diagnosticul diferențial între incontinența imperioasă și cea de efort), uroflowmetrie (prostatism), cistoscopie (poate evidenția cauza obstrucției fluxului urinar, calculi sau tumori) și investigații neurologice (de exemplu, examene imagistice ale măduvei spinării).

### SUGESTII

- Incontinența are o etiologie extinsă, dar de obicei este clasificată în trei grupe: de efort (de exemplu, la tuse), imperioasă („dacă trebuie să mă duc, mă duc") și continuă, ca apa peste marginea unui baraj (de exemplu, în fistula vezico-vaginală sau prin preaplin în vezica urinară cronic destinsă).
- Dacă presiunea aplicată pe uretră controlează incontinența de efort cauzată de laxitatea planșeului pelvian, intervenția chirurgicală poate fi utilă. Este un test diagnostic folositor.
- Etiologia incontinenței urinare este, de obicei multifactorială, în special la pacienții vârstnici: mobilitatea, vederea, distanța până la toaletă și medicamentele administrate pot fi relevante.
- Instabilitatea mușchiului detrusor și incontinența de efort sunt destul de dificil de diferențiat. Rareori, incontinența de efort cauzează incontinență nocturnă, dar aceasta este o caracte-

Scanned with OKEN Scanner

ristică a instabilității detrutosurului. Dacă nu sunteți sigur, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru studii de urodinamică.

- Incontinența urinară poate avea un impact devastator asupra respectului de sine și afectează funcționarea socială și sexuală a pacientului.

- Incontinența urinară asociată cu anestezie în șa și pareza membrelor inferioare sugerează o leziune a cozii de cal. Este o urgență neurologică, pacientul trebuie internat imediat.
- Incontinența urinară continuă sugerează o patologie gravă, cum ar fi fistula, obstrucția cronică a fluxului urinar sau o problemă neurologică.
- Niciodată nu goliți brusc o vezica urinară plină în cazul unei retenții cronice, deoarece pot apărea complicații renale și hemoragie. Cel mai bine este să internați pacientul pentru cateterizare și eliminare controlată a urinei.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# NICTURIA

## Privire de ansamblu

Nicturia poate fi prezentă izolat sau poate fi manifestarea altei probleme urinare, cum sunt poliuria și polakiuria. Surprinzător, la vârstnici este mai frecventă la femei față de bărbați. Nicturia ocazională este, desigur, normală – acest simptom trebuie considerat patologic doar când este deranjantă pentru pacient.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Legată de vârstă (în parte cauzată de scăderea capacității vezicii urinare).
- Consum excesiv de lichide înainte de culcare (în special alcool).
- Orice cauză de edem al gleznelor (clinostatismul determină redistribuirea încărcăturii lichidinae pe timp de noapte) – vezi Edemul gleznelor, pag. 202.
- Cistită.
- Prostatism.

OCAZIONALE

- Vezica urinară instabilă.
- Obstrucția tractului urinar inferior.
- Orice altă cauză de polakiurie (vezi Polakiuria, pag. 430).
- Diabet zaharat.
- Orice altă cauză de poliurie (vezi Poliuria, pag. 433).

RARE

- Anxietate.
- Efect secundar al unor medicamente (apare rareori deoarece medicamentele care cauzează diureză se administrează de obicei dimineața).
- Diabet insipid.

Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Legată de vârstă* | *Exces de fluide* | *Edemul gleznelor* | *Cistită* | *Prostatism* |
|---|---|---|---|---|---|
| Edem diurn al gleznelor | Posibil | Nu | Da | Nu | Nu |
| Polakiurie diurnă | Posibil | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Flux urinar slab | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Problemă cronică | Da | Posibil | Da | Nu | |
| Poliurie | Nu | Da | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

*Notă*: polakiuria, poliuria și edemul gleznelor ca etiologii ale nicturiei necesită investigații la rândul lor – vezi secțiunile respective pentru mai multe detalii.
**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** glicemie, PSA.
**Rareori :** cistoscopie, studii de urodinamică, UIV/ecografie, testul deprivării la apă.

- Sumar de urină: proteine, nitriți, leucocite și posibil hematuria în infecții; glucoză în diabet; densitatea specifică foarte scăzută în diabet insipid.
- Urocultură: pentru confirmarea infecției și identificarea agentului patogen.
- Glicemie: pentru confirmarea diabetului zaharat.
- PSA: argumentele pro și contra acestui test pot fi discutate dacă evaluarea pacientului sugerează posibilitatea unui cancer de prostată.
- Teste specializate: cistoscopie și UIV/ecografie (pentru obstrucția tractului urinar inferior), studii de urodinamică (pentru vezica urinară instabilă) și testul deprivării la apă (pentru diabet insipid).

### SUGESTII

- La pacienții vârstnici, etiologia este adeseori multifactorială.
- Efectele nicturiei (de exemplu, perturbarea somnului și a activităților în gospodărie, starea de oboseală și incontinența ocazională) pot fi mai importante pentru pacient decât diagnosticul specific.
- Edemul gleznelor – cu orice etiologie - este adesea trecut cu vederea ca o cauză subiacentă.
- Nicturia poate fi doar o manifestare (deși cea mai deranjantă) a poliuriei sau a polakiuriei. Concentrați-vă abordarea asupra problemei subiacente.

Scanned with OKEN Scanner

- Excludeți diabetul zaharat – dar nu uitați că acesta nu este singura cauză a poliuriei, a nicturiei sau a setei excesive.
- „Un pahar" de alcool seara înainte de culcare, băut în mod obișnuit, poate fi cauza nicturiei – și poate fi indiciul problemei subiacente, în special în cazul bărbaților vârstnici care locuiesc singuri.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# POLAKIURIA

## Privire de ansamblu

Polakiuria reprezintă creșterea frecventei urinărilor și este asociată de obicei cu eliminarea de cantități mici de urină. Este diferită de eliminarea de cantități crescute de urină (vezi Poliuria, pag. 433). Este o problemă comună, afectând mult mai frecvent femeile în comparație cu bărbații: un MF consultă aproximativ 60 de cazuri de cistită (cauza principală) pe an.

## Diagnostic diferențial

COMUNE
- Cistita infecțioasă.
- Anxietate.
- Vezică urinară instabilă (instabilitatea detrusorului).
- Calculi vezicali.
- Prostatism (HBP și, rareori, cancer).

OCAZIONALE
- Cistită interstițială (neinfecțioasă).
- Prostatită.
- Sarcină.
- Calculi ureterali (localizați în treimea inferioară a ureterului precipită polakiuria reflexă).
- Uretrită, pielonefrită.
- Iatrogenic (de exemplu, diuretice).
- Hipertrofia gâtului vezical.
- Polakiurie reflexă.

RARE
- Tumori pelviene (de exemplu, fibrom uterin, chist ovarian, cancer).
- Secundară inflamației pelviene (BPI, apendicită, diverticulită, tumori adiacente).
- Tumori ale vezicii urinare (benigne sau maligne).
- Fibroză de iradiere (testiculară, ovariană și cancer de prostată).
- Cistita tuberculoasă/tuberculoza renală.
- Fibroză secundară septicemiei cronice produsă de drenajul de lungă durată pe cateter.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Anxietate* | *Cistita infecțioasă* | *Vezică instabilă* | *Prostatism* | *Calculi vezicali* |
|---|---|---|---|---|---|
| Disurie | Nu | | Nu | Nu | Posibil |
| Ameliorat în poziție aplecată | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| Ezitare, flux redus | Nu | Nu | Nu | Da | Posibil |
| Nicturie | Nu | Da | Da | Posibil | Nu |
| Sumar de urină anormal | Nu | Da | Nu | Posibil | Da |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** frotiu uretral, PSA, uroflowmetrie, studii de urodinamică, radiografie abdominală simplă, UIV, cistoscopie.
**Rareori :** ecografie pelviană, uree și electroliți, test de sarcină, trei probe din prima urină de dimineață pentru TBC.

- Sumar de urină: proteine, nitriți, leucocite și posibilă hematuria în infecții; dacă apare numai hematuria, probabil este vorba de calculi sau tumori.
- Urocultură: examenul microscopic poate evidenția celule epiteliale anormale, sânge și puroi, și identifică agentul patogen în infecții.
- Frotiu din secreția uretrală: pentru *Chlamydia* și gonoree.
- Examinarea primei urine de dimineață: test de sarcină; de asemenea, se efectuează trei astfel de probe dacă se suspicionează TBC (de exemplu, piurie sterilă).
- PSA: se ia în considerare în prezența prostatismului.
- Teste specializate: uroflowmetrie (pentru prostatism), studii de urodinamică (pentru vezica instabilă), UIV și cistoscopie (pentru calculi sau tumori) și ecografie (pentru mase pelviene).

## SUGESTII

- Polakiuria produsă de anxietate este în mod tipic de lungă durată, se agravează la stres și se asociază cu sumar de urină normal.
- Este rezonabil să puneți un diagnostic empiric de vezică instabilă la o femeie negravidă, care prezintă polakiurie și la care examenul genital și sumarul de urină sunt absolut normale.
- O sarcină necunoscută se poate manifesta cu polakiurie ca simptom inițial: întrebați pacienta despre menstruații și recomandați-i să facă un test de sracină dacă ultima menstruație a lipsit.

Scanned with OKEN Scanner

- La pacienții vârstnici, o tumoră vezicală se poate manifesta ca o cistită. Dacă o problemă nou apărută, recurentă, sau o hematurie atribuită cistitei nu se ameliorează sub tratament antibiotic, trimiteți pacientul la medicul specialist.
- Nu ignorați o piurie sterilă evidențiată de urocultură: cauzele posibile sunt uretrita și TBC.
- La pacienții adulți care prezintă polakiurie și hematurie microscopică persistentă, dar fără alte modificări ale sumarului de urină, diagnosticul cel mai probabil este un calcul sau o tumoră; trimiteți-l la medicul specialist.
- Apendicita poate determina polakiurie și piurie. Nu vă lăsați induși în eroare de rezultatul sumarului de urină punând un diagnostic necorespunzător de ITU: acționați în raport cu manifestările clinice.
- ITU în perioada de sugar este o cauză majoră de insuficiență renală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# POLIURIA

## Privire de ansamblu

Poliuria este un simptom foarte subiectiv, prezent însă mai rar în comparație cu polakiuria (care este tratată separat, vezi pag. 430). Multe dintre cauzele enumerate mai jos ale poliuriei sunt, de asemenea, cauze ale polidipsiei – singurele cauze de polidipsie adevărată neenunțate aici sunt cele legate de deshidratare.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Diabet zaharat (DZ).
- Tratament diuretic.
- Insuficiență renală cronică (IRC).
- Hipercalcemie (de exemplu, tratament pentru osteoporoză, metastaze osoase multiple, hiperparatiroidism).
- Consum de alcool.

OCAZIONALE

- Depleție de potasiu: diaree cronică, diuretice, hiperaldosteronism primar.
- Ameliorarea obstrucției urinare cronice.
- Medicamente: carbonat de litiu, demeclociclină, amfotericină B, glibenclamid, gentamicină.
- Diabet insipid central (tumoră hipotalamo-hipofizară, traumatism cranian, sarcoidoză sau histiocitoza X).
- Boala Cushing prin exces de corticosteroizi și carcinom bronșic secretant de ACTH.
- Siclemie.
- Pielonefrită cronică timpurie.

RARE

- Polidipsie psihogenă (consum compulsiv de apă).
- Tahicardie supraventriculară.
- Sindrom DIDMOAD (diabet insipid, diabet zaharat, atrofie optică, surditate; autozomal recesiv).
- Diabet insipid central familial (autozomal dominant).
- Diabet insipid nefrogen familial (doar la barbați: X-linkat recesiv).
- Sindrom Fanconi.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *DZ* | *Tratament diuretic* | *IRC* | *Alcool* | *Hipercalcemie* |
|---|---|---|---|---|---|
| Sete intense | Da | Nu | Nu | Nu | Da |
| Alte modificări ale sumarului de urină | Posibil | Nu | Posibil | Nu | Nu |
| Dureri abdominale și vărsături | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Episodic | Nu | Posibil | Nu | Da | Nu |
| Anorexie/scădere în greutate | Da | Nu | Posibil | Nu | Posibil |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, glicemie.
**Posibile:** HLG cu formulă, uree și electroliți, calciu seric.
**Rareori** : frotiu sangvin, investigații specializate suplimentare (vezi mai jos).

- Sumar de urină: glucoză și cetone în diabet zaharat; hematurie și proteinurie în afecțiuni renale; densitate specifică foarte scăzută în diabetul insipid și polidipsia psihogenă.
- Glicemie: pentru confirmarea diabetului zaharat.
- HLG cu formulă: anemie normocromă în IRC; frotiu sangvin pentru siclemie.
- Uree și electroliți: pentru a detecta deficiența de potasiu și anomalii care sugerează IRC.
- Calciul seric: nivel crescut în hipercalcemie.
- Investigații specializate suplimentare: multe dintre „cauzele" menționate anterior necesită investigații suplimentare efectuate în spital pentru a stabili etiologia subiacentă (de exemplu, ecografie și biopsie renală în IRC, testul deprivării la apă pentru diabetul insipid, CT pentru o posibilă leziune hipofizară etc.).

### SUGESTII

- Acordați-vă timp pentru a clarifica simptomele. Este esențial să diferențiați poliuria de polakiurie, deoarece cauzele sunt foarte diferite.
- Nu uitați de alcool ca posibilă etiologie, în special în cazul pacienților de sex masculin tineri. Pacienții pot fi surprinzător de lenți în a face conexiunile destul de evidente.
- Trimiteți pacientul pentru investigații suplimentare dacă simptomele sunt clare și testele bazale nu sunt edificatoare.

Scanned with OKEN Scanner

- Diabetul zaharat nu este singura cauză a poliuriei asociată cu sete. Dacă sumarul de urină este negativ pentru glucoză, gândiți-vă la diabet insipid sau hipercalcemie.
- Scăderea în greutate și tusea apărute la un fumător cu poliurie sugerează o tumoră secretantă de ACTH. Programați de urgență pacientul pentru o radiografie pulmonară.
- Dacă sumarul de urină evidențiază glicozurie și cetone la un diabetic cunoscut sau nou diagnosticat, trimiteți pacientul la medicul specialist pentru evaluare urgentă cu scopul de a fi internat pentru a fi stabilizat.
- În cazul pacienților cu polidipsie la care sumarul de urină a evidențiat hematurie și proteinurie diagnosticul cel mai probabil este o boală renală.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# RETENȚIA URINARĂ

## Privire de ansamblu

Retenția urinară reprezintă imposibilitatea de a goli complet vezica urinară. Forma acută afectează în special bărbații, are caracter de urgență și necesită cateterizare sau spitalizare imediată. Retenția de urină cronică produce simptome puține și poate fi descoperită la palparea abdomenului.

## Diagnostic diferențial

COMUNE

- Hipertrofie de prostată (benignă, rareori cancer).
- Medicamente anticolinergice: stabilizatori ai vezicii și antidepresive triciclice.
- Constipație.
- Obstrucția gâtului vezicii urinare/strictură uretrală.
- ITU (inclusiv prostatita și abcesul prostatic).

OCAZIONALE

- Calcul uretral.
- „Reținerea voluntară" (determină congestia prostatei).
- Mase pelviene: uter retrovers, gravid sau fibromul uterin.
- Infecție herpetică acută genitală (via inflamație locală și interferența cu controlul neurologic al arcului reflex detrusor).
- Retenție de cheaguri (de exemplu, după sângerarea dintr-o tumoră sau postrezecție transuretrală a prostatei).
- Balanopostită la copil (este foarte dureroasă).

RARE

- Neurologică: SM, sifilis, compresia măduvei spinării.
- Tumoră vezicală pedunculată.
- Ruptură traumatică a uretrei.
- Corp străin inserat în uretră.
- Fimoză.
- Psihologică.



Scanned with OKEN Scanner

## Barem

| | *Hipertrofie de prostată* | *Medicamente* | *Constipație* | *Obstrucția gâtului vezicii* | *ITU* |
|---|---|---|---|---|---|
| Prostate mărită la TR | Da | Nu | Nu | Nu | Posibil |
| Acută | Posibil | Da | Posibil | Nu | Da |
| Pacient tânăr | Nu | Posibil | Nu | Posibil | Posibil |
| Sumar de urină anormal | Posibil | Nu | Nu | Nu | Da |
| Colon palpabil | Nu | Nu | Da | Nu | Nu |

## Investigații de laborator

**Necesare:** sumar de urină, urocultură.
**Posibile:** uree și electroliți, PSA, ecografie, UIV, cistoscopie.
**Rareori :** investigații neurologice, biopsie de prostată, uretrografie (se efectuează în spital).

- Sumar de urină: dacă urina disponibilă poate confirma ITU ca etiologie; de asemenea, poate evidenția hematuria microscopică în cazul unui calcul sau al unei tumori vezicale.
- Urocultura: pentru a identifica agentul patogen în ITU.
- Uree și electroliți: retenția urinară cronică poate cauza insuficiența renală.
- PSA: poate fi luat în considerare dacă pacientul a prezentat anterior simptome de prostatism sau la examinare s-a descoperit o prostată anormală.
- Testele specializate includ: ecografie renală (pentru obstrucție sau mase pelviene), cistoscopie (poate fi diagnostică și terapeutică în calculi, strictură, obstrucția eliminării urinare și tumoră vezicală), investigatii neurologice (de exemplu, teste imagistice ale măduvei spinării dacă se suspectează o lezare a acesteia), biopsia de prostată (dacă la palpare se decelează o zonă suspectă) și uretrografie (pentru strictură).

### SUGESTII

- La un pacient vârstnic cu retenție urinară, luați fecalomul în considerare ca etiologie.
- „Primul ajutor" pentru ameliorarea retenției când cauza este o afecțiune perineală dureroasă (de exemplu, balanopostita, infecția cu Herpes simplex sau ITU) constă în sfătuirea pacientului să încerce să urineze în timp ce face o baie caldă.
- Anuria poate fi confundată cu retenția urinară. Evaluarea clinică atentă diferențiază cele două afecțiuni.

Scanned with OKEN Scanner

- O anamneză care sugerează prolabarea unui disc intervertebral asociată cu retenție urinară indică o posibilă compresie medulară – internați imediat pacientul.
- Oprirea bruscă a urinării însoțită de durere vezicală extrem de intensă și pasajul câtorva picături de sânge sunt patognomonice pentru un calcul urinar.
- Fiți atent la oricare medicamente cu efect secundar anticolinergic la pacienții cu antecedente de obstrucție a fluxului urinar – acestea pot precipita retenția urinară acută.
- Evitați cateterizarea când este probabilă o septicemia (de exemplu, o posibilă ITU) – folosirea instrumentelor poate determina septicemia. Cel mai bine este să internați pacientul pentru cateterizare sub tratament antibiotic adecvat.
- Nu cateterizați un pacient cu retenție urinară cronică; internați-l în spital pentru drenaj controlat. Decompresia bruscă poate produce hematurie și complicații renale.

NOTE:

Scanned with OKEN Scanner

# INDEX


**A**

abces
- febră, 335
- *vezi, de asemenea,* abcesul sânului; abcesul dentar

abces areolar, durerea în braț, 358
abces cerebral, rigiditatea gâtului, 87
abces dentar, 69, 74
- durerea facială și, 73, 107, 108
- edemul facial și, 110, 111
- halitoza și, 68
- otalgia și, 407

abces mamar
- durere (mastalgia), 352, 354
- noduli, 355
- secreția mamelonară, 358

abces parotidian, 107
abces pelvian, 267, 268
abces periamigdalian, 127, 129
abces perianal, 50, 51, 61, 62, 144
abces retrofaringian, 136
abraziune corneeană, ochiul roșu și dureros, 238
abrevieri, 7-8
abuzul de alcool
- amețelile și, 81
- diareea și, 20
- disfuncția sexuală și, 141
- halitoza și, 68
- icterul și, 300
- insomnia și, 93
- înroșirea feței și, 294

acanthosis nigricans, 377, 378
accident vascular cerebral (AVC), 8, 99, 176
- diplopia și, 235
- pierderea bruscă a vederii, 241
- pierderile de memorie și, 84
- starea de confuzie, 99

acnee,
- nodulo-chistică, 374, 376
- papule, 377
- pustule, 382

acnee excoriată, 113, 115
- ulcerații faciale, 116

acromegalie
- mărirea de volum a sânilor, 349
- păr corporal în exces, 259
- transpirații, 341

actinomicoză
- febră, 335
- noduli cervicali, 130
- noduli cutanați, 374

*Actinomyces*, vezicule faciale, 116
adenom vilos, 55, 58, 159
aerofagie, durerea epigastrică și, 35
afecțiuni perineale, 437
agranulocitoză, durerea în gât și, 129
AIT, *vezi* atacul ischemic tranzitor
alopecie, 253-255
- areata, 253
- căderea genelor, 248
- problemele pleoapelor, 246

alveolită
- dispneea și, 390
- fibrozantă, 390
- tusea și, 402

ambliopie toxică, 244
amenoree, 211-213, 261, 303, 305
amețeli, 81-83, 279, 313
amigdalită, 127, 288, 306, 407
amiloidoză, durerile articulare și, 190
amnezie globală tranzitorie, 84
amoebiază, diareea și, 20
anemie
- aplastică, purpura și, 379
- dispneea, 388, 390
- edemul gleznelor, 202
- hematemeza, 38
- hemolitică, icterul și, 300
- icterul, 301




Scanned with OKEN Scanner

pruritul, 318
starea de oboseală, 329
tinitusul, 416
ulcerații orale, 76
anevrism
carotidian, ochiul roșu și dureros, 238
de arteră femurală, tumefacție inghinală, 273
disecant, durere abdominală și toracică, 26, 35, 38, 41, 130, 238, 393
subclavicular, 175
anevrism aortic
durerea de spate, 291
durerea epigastrică, 35
durerea toracică, 393
tumefacția abdominală, 41
angină abdominală, durerea, 29
angină pectorală
durere în braț, 175
durere toracică, 393
mastalgia, 352
angină Vincent, 127
anomalii ale unghiilor, 256-258
anorexia nervoasă
hirsutismul și, 259
pubertatea întârziată, 321
scăderea în greutate, 323
anuria, 437
anxietate
amețelile, 81
cefaleea, 87
disfuncția erectilă, 141
durerea abdominală, 23
durerea lombară, 291
durerea toracică, 394
gura uscată, 326
insomnia, 93
înroșirea feței, 294
la copil, durerea abdominală, 32
palpitațiile, 396
parestezиile, 312
pierderi de memorie, 84
starea de tensiune și anxietate, 332-334
transpirațiile, 341
tremor, 344
aortită sifilitică, 175
apendicită
diareea și, 20
durerea în, 23, 26, 34
polakiuria, 432
vărsăturile și, 44
apnee în somn, 93, 94, 315
aritmie paroxistică, 315
aritmii cardiace
amețeli, 81
căderi, 279
palpitații, 397
arterită cu celule gigantice, 190
arterită temporală, 87, 107, 241
articulație temporo-mandibulară, 107, 407, 416
artralgie
monoarticulară, 184-186
pluriarticulară, 190-192
artrită
juvenilă cronică, 190, 285
psoriazică, 184, 190, 193
reumatoidă, 184, 190, 193, 335
septică, 184, 186
artroză, 81, 93, 95, 181
ascită, mărirea de volum a abdomenului, 41
aspergiloză, hemoptizia și, 402
astm bronșic
dispneea, 387, 390
tusea, 402
atac ischemic tranzitor (AIT), 7, 99, 315
ataxie cerebelară
Friedreich, 344
tremorul, 344
tulburări de mers, 309
vestibulară, 309
ateroscleroză, tinitusul și, 416
atrofie
a nervului peronier, 309
optică ereditară Leber, 244
AVC, *vezi* accident vascular cerebral
avort, 23, 220, 267, 268

**B**

balanită
durerea peniană, 147
ulcerațiile peniene, 66
bandaj compresiv, 207
bartolinită
dispareunia, 144
secrețiile vaginale și, 163


Scanned with OKEN Scanner

benzodiazepine
diplopia și, 235
insomnia și, 93
BII, *vezi* boala inflamatorie a intestinului
blefarită, 246, 249
bloc cardiac, palpitațiile și, 399
boala Addison
amenoreea și, 211
amețelile și, 81
probleme de libidou și, 96
scăderea în greutate și, 323
boala Alzheimer, amnezia, 84
boala arterială periferică, 205, 206
boala Bazin, eritemul și, 366
boala Bornholm, 187
boala Bowen, cruste și scuame, 363, 365
boala cardiacă, hipocratismul digital, 258
boala celiacă
diareea în, 20
durerea abdominală în, 29, 32
edemul gleznelor în, 202
boala Chagas, deglutiție dificilă, 121
boala Crohn
constipația, 17
durerea, 26, 32, 49
febra, 335
pruritul anal, 52
secreția rectală, 58
ulcerațiile orale, 74, 76
boala Cushing
amenoreea, 211
edemul facial, 110
excesul de păr corporal, 259
poliuria, 433
probleme de libidou, 96
pubertatea întârziată, 321
boala Darier, papule, 377
boala de neuron motor, 121, 178, 309, 323
boala de reflux gastroesofagian (BRGE), 7, 32, 37, 121, 124, 127, 175, 393, 401
boala diverticulară, hemoragia rectală și, 55
boala Freiberg, durerea de picior, 181
boala gastroduodenală, vărsăturile și, 44
boala Hirschsprung, 17, 18, 32, 338
boala inflamatorie a intestinului (BII), 20, 29, 55, 76, 202, 270
boala Lyme
artralgia, 190
eritem, 366
febră, 288, 335
boala Ménière
căderile, 279
surditatea, 413
tinitusul, 416
tulburări de mers, 309
vertijul, 102
boala Milroy, 202
boala mitrală, 294
boala Mondor, 352, 355
boala Osgood-Schlatter, 184, 193, 194
boala Paget
a craniului, 87, 244
a mamelonului, 355, 358
boala Parkinson
căderile, 279, 280
tremorul, 344
tulburările de mers, 309
boala pelviană inflamatorie (BPI), 144, 214, 217, 220, 267, 305, 430
boala Perthes, 285
boala Peyronie, 141, 147
boala pulmonară interstițială, 399
boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC)
dispneea și, 390
tusea și, 399
boala Sever, 181
boala Simmond, amenoreea, 211
boala vasculară periferică (BVP), 7, 174, 179, 188, 312
boala venoasă, ulcerațiile piciorului, 205
boala von Willebrand, 225, 226, 379
boala Weil, 190, 192
boala Wilson, 300, 344, 345
boli cu transmitere sexuală (BTS), 52, 145, 147, 156, 166, 170, 171, 306
boli hepatice cronice
ginecomastia, 349
purpura, 389
bolile gingiilor, 71-73, 77
BPOC, *vezi* boala pulmonară obstructivă cronică
BRGE, *vezi* boala de reflux gastroesofagian
bronșiectazie
anomaliile unghiilor, 256
dispneea, 390

Scanned with OKEN Scanner

halitoza și, 68
tusea, 396, 402
bruceloză, artralgia în, 190
BTS, *vezi* bolile cu transmitere sexuală
bulimie nervoasă, 44, 46, 323
bursită, durerea brațului, 175, 176
BVP, *vezi* boala vasculară periferică

**C**

calculi
biliari (litiaza), 27, 30, 39, 394
renali, 27, 30, 291, 292
salivari, 10
ureterici, 27, 44, 150, 292
uretrali, 436
vezicali, 424, 430, 437
cancer anal, 147
cancer bronșic
disfagia și, 121
dispneea și, 390, 391
febră, 335
ginecomastia, 351
poliuria, 433
cancer cu celule bazale (CCB)
erupțiile faciale și, 113
noduli cutanați, 374
problemele pleoapelor și, 246
secreția otică și, 410
ulcerații faciale, 116
cancer cu celule scuamoase (CCS), 76, 116, 155, 169, 205, 228, 374, 376
cancer de col uterin
durerea pelviană, 267
menstruații neregulate, 220
secreții vaginale, 163
cancer de colon
constipația și, 17
diareea și, 270
durerea pelviană în, 270
hemoragia rectală în, 55
mărirea de volum a abdomenului, 41
cancer de prostată, 141, 147, 148, 157, 159, 292, 421, 428, 436
cancer de trahee, 396
cancer de ureche, secreție, 410
cancer de uter, 163
cancer de vezică urinară
durerea penianã, 147, 149
hematuria, 421, 423
hemospermia, 157
incontinența urinară, 424
polakiuria, 432
retenția urinară, 436
cancer esofagian, 38, 121, 123
cancer faringian, 121, 127, 227, 238, 308
cancer gastric, 30, 40, 41, 84, 121, 123
cancer hepatic, 122, 300
cancer hipofizar, 88, 211, 351, 433
cancer laringian, 126, 136, 396, 402
cancer mamar
durerea în, 353, 354
la bărbați, 351
noduli, 355, 356
secreția mamelonară și, 359, 360
cancer nazofaringian, 102, 227
cancer osos, durerea de braț și, 175
cancer pancreatic, 37, 41, 291, 292
cancer penian, 147, 166
cancer pulmonar
artralgia, 191
durerea de braț severă, 175, 177
ginecomastia, 349
hipocratismul digital, 258
tusea, 399
cancer rectal, 49, 55, 58, 247
cancer renal, 41, 422
cancer suprarenalian
ginecomastia, 349
hirsutism, 259
infertilitatea și, 303
cancer testicular, 150, 152, 349
cancer tiroidian, 130
cancer vulvovaginal, 163
cancrum oris, 73, 116
candidoză
orală, 65, 73, 78
oro-faringiană, 127
vaginală, 160. 163, 164
carotidinie, durerea în gât, 127
cataractă, 235, 244, 245
căderi, 202, 279, 281, 324
câștig în greutate, 282-284, 330
CCB, *vezi* cancerul cu celule bazale
CCS, *vezi* cancerul cu celule scuamoase
cefalee
de tensiune, 87, 88
tip cluster, 87, 107, 231


Scanned with OKEN Scanner

celulită
durerea de gambă, 178
durerea facială, 107
edem de gambă, 199
edem facial, 110
eritemul, 366
erupție facială, 113
ochiul roșu, 238
orbitală, 238, 288
cerumen
lichefiat, 410
otalgia, 407
surditatea, 413
vertijul, 102
cervicită, 144, 163, 214, 220
cetoacidoză diabetică
dispneea, 387
durerea abdominală, 26
starea confuzională, 99
cetohalitoză, 68, 100
chist
Baker, 193, 200, 203
Bartholin, 155
branhial, 130
dermoid, 73
epididimal, 150
mandibular, 107
meibomian, 246
ovarian, 23, 41, 49, 144, 212, 270, 430
renal, 41
sebaceu, 61, 130, 152, 155, 166, 375
tireoglos, 130
cianoză, 100, 101, 389
ciroză
alcoolică, 300, 379
biliară, icterul și, 300
edemul gleznelor în, 202
hematemeza și, 38
icterul în, 300
cistită
dispareunia, 144
durerea de penis, 147
hematuria, 421
incontinența urinară, 424
nicturia, 427
polakiuria, 430
claudicație intermitentă, 7, 178, 187, 309
cloasmă, 113, 372
coastă cervicală, 130, 175
coccidinie, durerea ano-rectală și, 49
coilonichie, 256, 257
colangită, icterul și, 300
colecistită, durerea abdominală și, 26, 36
colesteatom, 407, 410, 413
colică biliară
durerea abdominală în, 26
durerea toracică în, 393
colica renală, 26, 423
colicile sugarului, 338
colită ulcerativă, 26, 60, 76, 335
compresia măduvei spinării, 141, 313, 438
condrita cartilajului costal, durerea mamară și, 352
condrodermatită nodulară,
nodulii cutanați și, 374
otalgia și, 407
condromalacia rotulei, artralgia și, 184, 193
congestie
hepatică, 23
pelviană, 144, 215, 267, 271
venoasă, 214, 300
copil
eșecul creșterii, 297-299
febril, 288-290
coroidoretinită, pierderea treptată a vederii, 244
corpi străini
disfagia și, 121
inhalat, 137, 402
intraarticulari, 193
în ochi, 240, 249
în ureche, 402
în vagin, 163, 165
nazal, 228, 230, 231
corticosteroizi, 39, 45, 65, 190, 225, 433
costocondrită, durerea toracică și, 393
crampe, 24, 179, 180, 187
criptorhidism, ginecomastia și, 349
crize
Stokes-Adams, leșinul și, 315, 317
vasovagale, 315, 316
crup, 136, 288

## D

dacrocistită, probleme ale pleoapelor, 246
deficiență
de acid folic, 65, 76, 312

Scanned with OKEN Scanner

de vitamină $B_{12}$, 65, 76, 312
hormonului de eliberare a gonadotropinei hipotalamice, 321
degenerare
cerebromaculară, 244
maculară, 245
senilă, 244
degete hipocratice, 192, 256, 351, 392
delir febril, 90, 91
demență, amnezia și, 84
depleție de potasiu, 433
depresie
disfuncția erectilă, 141
durerea lombară, 291
dureri musculare, 187
insomnia, 93
pierderile de memorie, 84
scăderea în greutate, 323
scăderea libidoului, 96
starea de tensiune și anxietate, 323
tinitus, 416
dermatită
alergică, 253, 318
alopecia și, 253
Berloque, macule și, 372
exfoliativă, 256
perioralâ, 113, 383
prurit, 318
pustule, 382
seboreică, 253, 363, 410
vezicule, 369
dermatomiozită
durerea musculară, 187
erupție facială, 113
mers șchiopătat, 285
dezlipire de retină, 241, 244, 245
diabet insipid, 326, 427, 433
diabet zaharat
anomaliile unghiilor, 256
durerea abdominală, 32
infecțiile cu *Candida*, 67
nicturia, 427
oboseala, 329
parestezиile, 312
pierderea treptată a vederii, 244
poliuria, 433
pruritul, 52
scăderea în greutate, 323
senzația de sete, 326
starea de confuzie, 99
ulcerațiile piciorului, 207
diaree, 18, 20-22, 33, 42, 56, 221, 296
dificultăți de deglutiție, 121, 122
difteria,
durerea în gât, 127
stridorul la copil, 136
diplopia (vederea dublă), 235-237
discrazii sangvine
hematemeza, 38
sângerarea gingivală, 71
*vezi, de asemenea,* hemofilia, siclemia, trombocitopenia
disc vertebral prolabat, 292
disfagie, 37, 121-123, 132
disfonie, 111, 124
disfuncție erectilă, 141-143
dislocație (luxația) congenitală de șold, 196, 285
dispareunie, 144-146
dispepsie, neulceroasă, 23, 35, 36, 37
displazie
fibroasă, noduli mamari, 355
vulvară, 144, 160, 169
dispnee
acută, 387-389
cronică, 390-392
distrofie
Duchenne, 285
miotonică, 246
musculară, 199, 285, 309, 390
diverticulită
diareea în, 20
durerea abdominală în, 26, 29
durerea pelviană în, 270
diverticuloză, 17, 56
diverticul Meckel, 32, 55
durere abdominală,
acută, 23-25, 26-28
ano-rectală, 49-51
cronică, 29-31, 32-34
de genunchi, 178, 185, 193-195, 286
de șold, 187, 189, 196-198
de ureche (otalgia), 407-409, 417
epigastrică, 25, 35-37, 395
facială, 69, 107-109, 125

Scanned with OKEN Scanner

în gât, 127-129, 137
lombară, 270, 291-293, 311
mamară (mastalgia), 352-354, 358
musculară (mialgia), 187-189
pelviană, 146, 165, 216, 267-269, 270-272
peniană, 147-149
testiculară, 150-152
toracică, 317, 394, 401

**E**

ectazie ductală, 355, 358
ectropion, 163-246
eczema
alergică, 113, 166, 169, 246
atopică, pruritul în, 318
seboreică, 113, 246, 407
varicoasă, 199
edem
angioneurotic, tumefacția facială și, 110
facial, 110-112
glezne, 202-204, 391, 428
periorbital, 246
pulmonar, 203, 402, 403
scrotal, 152-154
vulvar, 155-157
embolie pulmonară, 387, 390, 396, 398, 400
encefalita cu Herpes simplex, 84
encefalopatia Wernicke, 99
endocardita
febra, 337
hematuria și, 421
infecțioasă, 335, 379
purpura, 379
endometriomul, edemul vulvar, 155
endometrioză
dismenoreea, 214
dispareunia, 144
durerea ano-rectală, 49
durerea pelviană, 267, 270
infertilitatea, 303
menoragia, 217
entropion, 246, 249
epicondilită, 175, 177
epididimo-orhita (EO), 7, 150, 152, 157
epiglotită
disfonia, 124, 126
durerea în gât, 127
stridorul, 136
epilepsie
de lob temporal, 32, 90
înroșirea feței, 294
pierderea stării de conștiență, 315
vertijul, 102
episclerită, ochiul roșu și dureros, 238
epistaxis, *vezi* hemoragia nazală
eritem,
ab igne, 366
facial, 115
multiform, 366, 368
nodos, 366, 368
noduli cutanați, 374
palmar, 366
toxic, 366, 367
vezicule, 102
eritrodermie, 365
eritromelalgia, 181
exoftalmia hipofizară, diplopia, 235
extrasistolele
atriale, 396, 397
ventriculare, 399, 400, 401

**F**

faringită, 121, 125, 127, 288
fasciită plantară, 181, 182
febră
falsă, 337
la copil, 288-290
prelungită, 335-337
feocromocitom, 294, 323, 341
fibrilație atrială, palpitațiile și, 399, 401
fibroadenom, noduli mamari, 355, 357
fibroangiom, 228
fibrom uterin, 23, 41, 144, 217, 270, 303, 430
fibroză chistică, tusea în, 298, 402
filariază, 152, 184, 202, 306
fimoză, 141, 147, 436
fistulă anală
prurit, 52
scurgere, 58
fistulă arteriovenoasă, tinitus, 416
fistulă perianală, 58
fisură anală
durere, 49
prurit, 52

Scanned with OKEN Scanner

sângerare, 53, 55
scurgere rectală, 58
fisură perianală, 17
flebită, 179, 199
flutterul atrial, palpitațiile și, 399
fototoxicitate, 113, 368
fractură
de bază craniană, tinitusul și, 232, 416
de coloană vertebrală, 133, 141
de efort, 181
de os zigomatic, 110, 235
nazală, 198
fumat, 68, 69, 141, 402
furuncul, 155, 166, 408, 410, 411

**G**

galactocel, 352, 355, 358
galactoree, 212, 358
gastrită
la adult, 35, 38
la copil, 32
gastroenterită, 20, 23, 26, 44, 55, 288, 297, 338
giardiază, 20, 288
ginecomastie, 349-351
gingivită, 68, 69, 71, 72
ulcero-necrotică acută (GUN), 7, 68, 69, 71, 76, 77
glaucom, 44, 107, 238, 241, 244
glezne, edem al, 200, 202-204, 391, 428
globus hystericus, 121, 122
glosită, 65, 66, 77
Moeller, 65
glosodinie, 65, 67
granulom
de piscină, 169
inghinal, 167, 169, 170, 307
piogen, 68, 374
tropical, 169
gușă, 130, 131
gută, 181, 184, 193, 238, 366, 367

**H**

halitoză, 68-70, 72, 77
hallux valgus, 181
halucinații, 90-92
auditive, 91, 92
olfactive, 92
tactile, 92
vizuale, 92
hemartroză, 184, 185, 193
hematocel, durerea testiculară și, 150
hematom
perianal, 49, 61
rectal, 23
subunghial, 258
traumatic, 155
hematurie, 27, 33, 148, 158, 421-423, 431, 438
hemobilie, 38
hemocromatoză, 193, 194, 300
hemodializă, 39, 349
hemofilie, 38, 184, 225, 379
hemoragie
cerebrală, 44, 87, 133, 235
gastrointestinală, 36, 41, 317
internă, 315, 317
rectală, 19, 31, 55-57
subarahnoidiană, 46, 84, 89, 135
vaginală, 25, 220, 221
vitroasă, 241, 242
hemoroizi, 17, 52, 55, 58
prolabați, 6, 62
trombozați, 49, 62, 144
hemospermie, 157-159
hepatită
alcoolică, 300
durerea abdominală în, 26
icterul în, 300
hepatomegalie, 41, 42
hermafroditism, 349
hernie
epigastrică, 35
femurală, 267, 273, 275
hiatală, 390
inghinală, 150, 152, 153, 155, 338
strangulată, 26, 267, 269, 275, 338
hidrocefalie, 279, 280
hidrocel, 150, 153, 155
hidronefroză, 29, 30, 32, 41
hidrosadenită, 61, 382
hipercalcemie
constipația, 17
poliuria, 433
senzația de sete, 326
hiperglicemie, 45, 91, 100


Scanned with OKEN Scanner

hiperhidroză, 341
hipernefrom, 349
hiperpituitarism, 341
hiperplazia glandei suprarenale, 211, 217, 259
hiperprolactinemie, 217, 321, 358
hipertensiune arterială
  cefaleea în, 87
  epistaxisul în, 225
  malignă, 157
  tinitusul în, 416
hipertensiune intracraniană, 44, 46, 87
hipertiroidism,
  amenoreea și, 211
  eritemul facial, 294
  insomnia, 93
  pubertatea întârziată, 321
  scăderea în greutate, 323
  starea de oboseală și, 329
  transpirațiile, 341
hipertrichoza lanuginose, 259
hipertrofie adenoidiană, obstrucția nazală, 228
hipertrofie de prostată, 421, 422, 424, 436
hipertrofie ganglionară, 131, 167, 289, 307
hiperventilație, 81, 136, 312, 387, 390
hipoglicemie, 44, 81, 87, 100, 294, 315, 341
hipogonadism, 141, 142, 349, 350
hipopititarism, 253, 282
hipotensiune posturală, 81, 279
hipotiroidism, 17, 85, 98, 124, 126, 220, 279, 282
hipoxie, 90, 100, 388
  cardiacă, starea de confuzie și, 99
histiocitom, 375

I

ICC, vezi insuficiența cardiacă congestivă
ICRI, *vezi* infecția căilor respiratorii inferioare
ICRS, *vezi* infecția de căi aeriene superioare
icter, 300-302
igienă dentară, halitoza și, 68, 69
IM, *vezi* infarctul miocardic
impetigo
  erupții faciale, 113
  pruritul scalpului, 262
  pustule, 382
  vezicule faciale, 116
incontinență
  de fecale, 52
  urinară, 160, 311, 419, 424, 425, 426
infarct cerebral, 84
infarct mezenteric, 28
infarct miocardic (IM), 100, 279, 315, 401
  durerea epigastrică, 35
  durerea toracică, 395
infarct pulmonar, 393
infecția
  cu *Candida* (candidoze), 52, 65, 78, 127, 129, 160, 164, 169, 382
  cu *Chlamydia*, 52, 169
  de căi aeriene superioare (ICRS), 44, 45, 222
  de tract urinar (ITU), 24, 32, 147, 158, 288
  pelviană, 291
  stafilococică, 382, 383
  toracică, 288, 289, 338, 394
  tropicală, 166, 169, 205, 306
  virală,65, 103, 187, 191, 306, 369, 377, 382
infertilitatea, 144, 303, 305
infestații fungice, 20, 52, 256, 263, 363
inhibitori ECA, 369, 392, 399
insomnie, 79, 93-95, 329, 416
instabilitatea detrusorului, incontinență, 424, 425, 430
insuficiența arterială, 141, 142, 206
insuficiența cardiacă congestivă (ICC)
  dispneea și, 390,
  edemul gleznelor, 202
  edemul scrotului, 152
insuficiența cardiacă, *vezi* insuficiența cardiacă congestivă (ICC)
insuficiența hepatică, 68, 283, 297, 302, 344
insuficiența renală, 44, 45, 96, 160, 179, 282, 318, 324, 417
insuficiența respiratorie, 137, 338, 389
insuficiența venoasă, 202, 203
insuficiența ventriculară stângă (IVS), 93
insuficiența vertebrobazilară, 81, 82, 279
insulinom, 282, 283
intoleranța la lactoză, 20, 297
intoxicația
  cu chinină, 102, 241, 244, 416
  cu plumb, 29, 71, 73, 178

Scanned with OKEN Scanner

irita, 238
durerea facială și, 107, 109
iritație vulvară, 160-162
ischemia
arterială mezenterică, durerea abdominală în, 29, 30
de trunchi cerebral, căderile și, 279
durerea de picior și, 181
intestinală, 26, 27
isteria, 133, 241, 309, 312
ITU, *vezi* infecția de tract urinar
IVS, *vezi* insuficiența ventriculară stângă

**K**

keratită, 238
keratoacantomul, 116, 117, 374
keratoconjunctivita sicca, 238
keratoză
obturantă, 410
pilară, 377
seboreică, 363

**L**

labirintită
căderi, 279
tulburări de mers, 309
vărsături, 44
vertij, 102
laringită, 124, 136, 137
laringomalacie, 136
laringoscopie, 125, 128, 137
leishmaniază, 136
lentigo malign, ulcerațiile vaginale, 116
LES, *vezi* lupus eritematos diseminat
leșin, 315
leucemie
echimoze/purpura, 379
epistaxis, 225
febră, 335
hematemeză, 38
hemoragie gingivală, 71
iritația vulvară, 160
limfadenopatie, 306
prurit, 318
ulcerații orale, 76
leuconichie, 256, 257
lezarea nervului optic, 241
leziunea tip whiplash, 133, 134
leziunile cozii de cal
disfuncția erectilă în, 143
durere ano-rectală, 49
incontinența urinară, 424
tulburări de mers, 309
LGV, *vezi* limfogranulomatoza venerianã
lichen
plan, 65, 66, 72, 76, 318
scleroatrofic, 52, 54, 160, 167
simplu, 262, 363
limfadenită, 130, 131, 133
limfadenopatie, 41, 128, 131, 254, 274, 306-308
limfangiom, 71
limfogranulomatoză venerianã (LGV), 167, 169, 306
limfom
Burkitt, tumefacție facială, 110
disfagia, 121
febra, 335
noduli cutanați, 130
tumefacții inghinale, 273
liniile Beau, 256, 257
lipomul
edemul vulvar, 155
noduli, 355
tumefacție inghinală, 273
livedo reticularis, eritemul, 366, 368
lupus eritematos diseminat (LES), 38, 253, 335, 366
lupus vulgaris, erupția facială, 113, 114, 374

**M**

macule, 372-373
malarie, 289, 300, 335
mania, 90, 93
mase
abdominale, 42
pelviene, 18, 203, 431, 436
mastalgie, 352-354, 358
mastită
durerea toracică, 393
mastalgia, 352, 353
secreții mamelonare, 358, 359
mastocitoză, 294
mastoidită, 338, 407, 410, 412
mărirea de volum a abdomenului, 41-43
megacolon, constipația și, 17

Scanned with OKEN Scanner

melanom
coroidal, orbirea și, 244
subunghial, 256, 258
meningism, 133
meningită, 44, 87, 107, 133, 288, 338
meningoencefalită, 314, 345
menopauză
câștigul în greutate, 282
hirsutismul, 259
înroșirea feței, 294
palpitații, 396
transpirațiile, 341
mers șchiopătat, la copil, 285-287
metastaze, 100, 130, 153, 190, 196, 205, 273, 302, 307, 402
mialgia, *vezi* durerea musculară
miastenia gravis
disfagia, 121
diplopia, 235
oboseala, 329
problemele pleoapelor, 246
tulburări de mers, 309
mielita dorsală, 312
mielomul, 134, 291, 306
migrena, 44, 87, 102, 241, 312, 314
abdominală, 32
miliaria, 318, 377
miocardita, 393
miozita orbitală, 187, 235
miringita buloasă, otoreea, 410
mixedem, 99, 110, 176, 253, 374
molă hidatiformă, 220
molluscum contagiosum, 246, 377
mononucleoză infecțioasă, 76, 127, 288, 335, 408
monoxid de carbon, intoxicația cu, 81, 83, 84, 87, 101, 329

**N**

narcolepsie, 90, 315
necroliză epidermică, vezicule, 369
necroză
avasculară, durerile articulare și, 184, 196
grăsoasă, 355-357
nefrită, 202, 421
neoplasm, 336, 341, 407, 411
neurinom de acustic
surditatea și, 413, 418
tinitusul și, 416
tremorul, 344
vertijul și, 102
neurofibrom, 273
neurosifilis, 84, 85
nevi, 372, 378
nevralgie
de trigemen, 87, 107, 109, 407
glosofaringiană, 65, 127
occipitală, 87
postherpetică, 29, 117, 370
sfenopalatină, 87
nevrită
optică, 244, 311
retrobulbară, 241
nicturie, 93, 427-429, 431
noduli
cutanați, 374-376
Heberden, 374
mamari, 355-357, 358

**O**

obezitate, 43, 202, 205, 390, 391
oboseală, 329-331
halucinații (extremă), 90
obstrucție
biliară, 301
canalului lacrimal, 246, 249, 250
gâtului vezical, incontinența și, 424, 436
intestinală, 270, 338
laringiană, dispneea și, 387
nazală, 326
trompelor uterine, 303
ocluzia
arterei centrale retiniene, pierderea bruscă a vederii, 241, 242, 243
venei centrale retiniene, 241, 242, 243
oncocercoză, 238, 244
onicogrifoză, 256
onicorexia, 238
orbirea
bruscă, 241-243
treptată, 244-246
orhită, 150
osteita
inelului timpanic, 410
maxilară, 107
osteocondrită, 181, 182, 194

Scanned with OKEN Scanner

osteomalacie, 291, 292
osteomielită, 181, 285, 289
osteoporoză, 291, 292
osteosarcom, 193, 195
otită
  externă, 339, 407, 410, 413
  medie, 102, 104, 288, 338, 413
otolicvoree, 411
otoscleroză, 413, 416, 418

P
pahidermie orală, 26, 29,
palpitațiile, 399-401
pancreatita
  durerea abdominală în, 26, 29
  durerea epigastrică în, 35
  icterul în, 300
papilom ductal, 358, 360
papule, 73, 114, 295, 363, 374, 377-378, 383
paralizie de nervi cranieni
  diplopia, 235
  laringiană, stridorul, 136
  problemele pleoapelor, 246
parestezii, 170, 177, 311, 312-314, 383
parotidită
  bacteriană, 110
  virală, 110
păr corporal, în exces (hirsutism), 259
pemfigus, 65, 76, 116, 170, 369, 371
pericardită, 300, 393, 394
perimenopauză, 96, 97, 146, 217, 220
peritonită, 26, 35
pete Campbell de Morgan, 377, 378
peteșii, 72, 115, 135, 379-381
pica, 32
pielonefrită, 23, 26, 44, 292, 335, 430, 433
pierderea memoriei, 84, 85
pierderea stării de conștiență, 83, 104, 279, 296, 317
pierderea unei persoane apropiate, 323
pierderea vederii
  bruscă, 241-243
  treptată, 244-245
piometrul, 163, 220
pistrui, 372, 373
  Hutchinson, 116, 372
pitiriazis,
  alba, 372
  rosea, 364, 365
  versicolor, 363, 372, 373
pleurezie, 256, 390, 393
PMR, *vezi* polimialgia reumatică
pneumonie, 26, 35, 100, 133, 371, 387
  atipică, 404
  de aspirație, dispneea și, 387
pneumotorax, 387, 389, 392, 393
polakiuria, 161, 419, 427, 430-432, 434
poliartrita, 190, 192, 194
policitemia rubra vera, 294
polimialgia reumatică (PMR), 187, 329
polimiozita, 121, 187, 189, 190, 335
polip cervical, 155, 163, 217, 220
  endometrial, 214, 217, 220, 303
  nazal, 228, 229, 231, 413
  perianal, 52, 53, 61, 62
  santinelă, 56
polipoză intestinală, 373
poliurie, 164, 424, 433-435
porfirie, 29, 187, 259, 369
preeclampsie, 23, 25, 87, 89
presbiacuzie, 413, 416
proctalgia fugax, 49, 50
proctită, 58, 267
proctoscopie, 21, 50, 53, 59
prolactină, 97, 142, 212, 359
prolactinom, 211, 212
prolaps
  de disc vertebral, 175
  rectal, 52, 58, 61
prostatită, 49, 50, 147, 157, 267, 430
prurit, 161, 162, 164, 318-320, 337, 373
anal, 52-54, 58
  pleoape, 249-250
scalp, 262-263
psoriazis, 52, 160, 192, 256, 363, 377, 382
ptoză, palpebrală, 246, 248
pubertate
  întârziată, 9, 321-322
  menoragia, 217
  mărirea sânilor, 349
purpura, 372, 379-381
  Henoch-Schönlein, 32, 33, 379, 380
  trombocitopenică idiopatică, 379
  senilă, 379, 380, 381
pustule, 114, 382-383

Scanned with OKEN Scanner

**R**

rahitism, 285, 286
reflex pupilar, 239, 242
retenție
  de dioxid de carbon, tremorul și, 344
  urinară, 436-438
retinită pigmentară, 244
retinopatie diabetică, 242, 244
retracție intercostală, 389
rinită,
  alergică, 225, 231, 249
  atrofică, 225, 229
  vasomotorie, 228, 229, 231, 232
rinoree, 128, 231-232
rozaceea, 113, 294, 366, 382, 383
rubeolă, 190, 288, 306, 373
rujeolă, 288, 306
ruptura
  esofagului, 38
  tendonului lui Achile, 178, 181, 199

**S**

salpingită, 163
sarcină, 42, 89, 202, 213, 221, 282, 297, 352, 430
  extrauterină, 23, 220, 267, 268, 269
sarcoidoză
  artralgia, 190
  dispneea, 390
  eritem, 366
  erupții faciale, 113
  limfadenopatie, 306
  noduli cutanați, 130, 374
  poliuria, 433
sarcom Kaposi, 377, 378
scabie
  papule în, 377
  pruritul în, 318
  ulcerații vulvare, 169
scarlatină, 150, 285, 366
scăderea în greutate, 18, 19, 30, 51, 211, 323-325, 392, 398, 425
schistosomiază
  durerea penială, 147
  hematuria, 421
  hemospermia, 157
schizofrenie, halucinațiile și, 90
SCI, *vezi* sindromul de colon iritabil
sciatică, 293, 313
  parestezii în, 312
sclerită, 238
sclerodermie, 17, 121, 187, 253
scleroză multiplă (SM)
  diplopia, 237
  disfuncția erectilă, 141
  durerea de braț, 175
  durerea de gambă, 178
  durerea facială, 107
  parestezиile, 312
  surditatea, 413
  tremorul, 344
  vertijul, 102
scleroză tuberoasă, 113, 377
scolioză, 285
scorbut
  hematemeza, 38
  sângerarea gingiilor, 71, 72
scrofuloză, 130
secreții
  mamelonare, 353, 358-360
  nazale, 112, 225, 232
  otice, 408, 410-412, 414
  rectale, 52, 58-60
  vaginale, 25, 161, 163-165, 170
semnul Homan, 180
semnul Horner, 246, 247
semnul Troisier, 31, 40, 123
septicemie, 152, 279, 306, 379, 430, 438
  meningococică, 379, 381
sevraj la alcool, 90, 99, 332
siclemia
  criză, 26, 190
  durerea abdominală în, 32
  hematuria,421
  poliuria în, 433
  senzația de sete, 326
SIDA/HIV
  febra, 288, 335
  limfadenopatia, 306
  scăderea în greutate, 323
  scurgeri rectale, 58
  tumefacții orale, 74
  ulcerațiile piciorului, 205
sifilis, 52, 58, 102, 124, 150, 166, 244, 253, 306, 363, 436
simfiză pubiană, 23, 24


Scanned with OKEN Scanner

sincopă 315, 317, 341
de sinus carotidian, 315
sindromul Allbright, macule, 379
sindromul Behçet
artralgiile și, 190
durerea de limbă, 65
pustule, 382
ulcerații orale, 76
ulcerații vulvare, 169, 170
sindromul carcinoid, 291, 343
sindromul Cornelia de Lange, 259
sindromul CREST, deglutiția dificilă, 121
sindromul Cushing
câștigul în greutate, 282
edemul facial, 110, 295
hirsutismul, 259,
starea confuzională, 99
sindromul Da Costa, 393
sindromul de apertură toracică superioară, 175, 177
sindromul de colon iritabil (SCI), 17, 22, 41, 58, 270
sindromul de detresă respiratorie, 387
sindromul de oboseală cronică, *vezi* miastenia gravis
sindromul de stres posttraumatic, 93, 332
sindromul de tunel carpian
durerea de braț, 175,
parestezii, 312
sindromul DIDMOAD, 433
sindromul Duane, diplopia și, 235
sindromul Dubin-Johnson, icterul, 300
sindromul Ehler-Danlos, purpura, 379
sindromul Fanconi, 433
sindromul Gilbert, icterul și, 300
sindromul Goodpasture, 402
sindromul Guillain-Barré, 187, 188, 235, 312, 387
sindromul Kallman, 321
sindromul Klinefelter, 141, 349
sindromul Lyell, vezicule, 369
sindromul McCune-Albright, 349
sindromul nefrotic, 202, 246, 247
sindromul Noonan, 321
sindromul ovarelor polichistice (SOPC), 8, 211, 259, 282
sindromul Peutz-Jegher, 372, 373
sindromul pielii opărite, 288, 371
sindromul Plummer-Vinson, 121, 256
sindromul Prader-Willi, 282, 298
sindromul premenstrual, 202
sindromul Reiter, 166, 185, 192, 291
sindromul Rotor, 300
sindromul Sheehan, 211
sindromul sinusului bolnav, palpitațiile și, 396
sindromul Sjögren, 121, 326
sindromul Stevens-Johnson, 74, 113, 368
sindromul Tietze, 393, 394
sindromul Toloso-Hunt, 235
sindromul Turner, 297, 303, 321, 322
sindromul Zollinger-Ellison, 294, 295
sinovită,
artralgia, 184, 185
mersul șchiopătat, 285
sinus dentar, ulcerat, 116
sinuzită, 68, 88, 107, 228, 231, 399
siringomielie, 312, 424
SM, *vezi* scleroza multiplă
SOPC, *vezi* sindromul ovarelor polichistice
spasm esofagian, 35, 37
spondilita anchilozantă
durerea de spate și, 291
redoarea gâtului și, 133, 134
spondilolistezis, 291
spondiloză cervicală
cefalee, 87
durere facială, 107
durere în braț, 175
durere mamară, 353
otalgie, 407
parestezii, 312
redoarea gâtului, 133
starea confuzională, acută, 99-101
stenoza aortică, 81-83, 279, 315, 317, 390
stenoza cervicală, 214
stenoza laringiană, stridorul și, 136
stenoza mitrală, 295, 396
stenoza pilorică, 44, 297, 338
stenoza spinală, 196, 197, 291
stomatita Vincent, 71
stresul, 23, 94, 212, 262, 329, 407
stridor la copil, 136-138
suflu arterial, tinitus, 416
sugar, 17, 154, 290, 338, 371
care plânge excesiv, 338-340
surditatea, 103, 413-415, 418

Scanned with OKEN Scanner

## Ş

şancroid, 166, 169
şoc
  anafilactic, 112
  hipovolemic, 387
  pulmonar, 387

## T

tabes dorsalis, 107, 141, 309, 310
tahicardia
  sinusală, palpitaţiile în, 399
  supraventriculară (TSV), 8, 399, 433
  ventriculară (TV), 8, 399
telangiectazia hemoragică, 71, 74, 225
telogen effluvium, 253
tendinită
  achiliană, durere, 181
  rotulei, 184, 193
tenosinovita de Quervain, 175
testicul necoborât, 150, 273, 275, 321
tinea
  capitis, 253, 254
  corporis, 257, 364
tinitus, 103, 416-418
tireotoxicoză, 20, 94, 344, 399, 400
torsiune de testicul, 34,150, 154, 338
torticolis, 133, 236
toxoplasmoză, 238, 289
transpiraţii, 93, 341-343, 376
tratament diuretic, 100, 326,433
travaliul prematur, 25
tremor, 91, 344-346
*Trichomonas vaginalis*, 160, 161, 164
tricotilomania, 253, 255
trombocitopenie, 38, 156, 225, 379, 421
tromboflebită, 178, 352
tromboza
  hemoroidală, 49, 62, 144
  venoasă profundă (TVP), 178, 203
trompa lui Eustachio (TE), 7, 102, 413
TSV, *vezi* tahicardia supraventriculară
tuberculoza, 32, 76, 116, 288, 323, 352, 402
  anală, 49, 58, 157
  de tract urinar, 147, 421,
  ganglionară, 130
tulburări
  comportamentale, 17
  de alimentaţie, 323
  de coagulare sangvină, 55, 157, 193, 217, 226, 380
  de mers, 309
  de somn, 142, 178, 333
  de vedere, 89, 115, 143, 239, 279, 351
  electrolitice, starea de confuzie şi, 99,178, 260, 327
  metabolice, 90, 91, 298
tumora glomusului jugular, 416
tumora Pancoast, 177
tumora parotidiană, 110
tumora Phyllodes, 355
tumoră carcinoidă
  eritemul facial, 294,
  transpiraţii excesive, 341,
tumoră cerebrală
  parestezиile, 312
  starea de confuzie, 99
tumoră glandelor salivare, 76
tumoră hipotalamică
  amnezia, 84
  pubertatea întârziată, 321
tumoră maxilară, 73, 110
tumoră ovariană, 23, 49, 259, 260
tumoră spinală, 267
tusea, 289, 402-404, 435
  hemoptizia, 396-398
  psihogenă, 402
TV, *vezi* tahicardia ventriculară

## U

ulceraţii
  aftoase recurente, 7, 65, 71, 73
  faciale, 116-118
  orale, 76-78
  piciorului, 205-207
  vulvare, 156, 169-171
ulcer
  duodenal, 26, 32, 291
  gastric, 35
  peptic, 26, 27, 29, 38, 323, 393
uremie, starea confuzională şi, 99, 319
uretrită, 144, 147, 157, 421, 430
urină
  hematuria, 421
  infecţia, 27, 30
  poliuria, 424, 433
  retenţia de, 436


Scanned with OKEN Scanner

urticarie, 318, 370
uscăciune vaginală, 144, 145
uter, 25, 144, 215, 268
uveită posterioară, 241, 242

## V

vaginism, 144, 145
vaginită, 144, 145, 146, 161, 220
vaginoză, 144, 163
varice esofagiene, 38, 40
varicocel, 150, 152, 156, 305
vasculită, 369, 374, 380
vărsături, 44, 45, 102,297, 434
vederea dublă, *vezi* diplopia
vertij, 102-104
  poziţional benign, 102, 103
  vărsături, 44
veruci
  perianale, 17
  vaginale, 155, 378
vezică urinară
  cancer de, 41, 157, 421, 432
  instabilitatea detrusorului, 424, 430
  mărită de volum, 41
vezicule
  faciale, 116-118
  seminale, 157
virusul
  Coxsackie, ulceraţiile orale, 76
  Epstein-Barr, infecţia cu, 307
  Herpes simplex, 65, 76, 116, 127, 166, 382
vitiligo, 113, 372, 373
vulvovaginita, 144, 145

## X

xantelasma, 246, 378
xantoma, 374, 375
xerostomia, 121

## Z

zona zoster, 76, 107, 112, 116, 166, 352, 393

Scanned with OKEN Scanner

# REPERTOAR DE SIMPTOME

Keith Hopcroft și Vincent Forte

Viața ar fi mult mai simplă pentru medicul de familie dacă pacientul s-ar prezenta cu diagnosticul deja stabilit. Din nefericire, lucrurile nu se întâmplă așa: pacienții vin la medic cu simptome adeseori descrise foarte vag, uneori multiple și ocazional obscure; și este greu pentru medic să creeze o oarecare ordine într-un asemenea haos.

Scrisă de doi medici generaliști, această carte analizează **peste 100 de simptome întâlnite frecvent** în practica medicală curentă, pentru fiecare fiind descrise **manifestările clinice**, **diagnosticul diferențial** și **posibilele investigații**.

Este o **carte esențială** pentru toți **medicii de familie**, dar și pentru **studenții la medicină** și **asistenții medicali**.

„Este singura carte pe care aș vrea
să o am în cabinetul de consultație"
*London Calling*

Recomandat de:

SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI • ROMÂNIA •

www.all.ro
ISBN 978-973-571-899-2
9 789735 718992

Scanned with OKEN Scanner